IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 65)
z dnia 17 marca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 65)

17 marca 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat oceny pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej oraz przedstawienia sposobu i wyników monitorowania jakości i efektywności opieki onkologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Stanisław Góźdź** dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Adam Maciejczyk** prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dyrektor naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu **Marcin Migaczewski** przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej, **Dawid Murawa** prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej, **Joanna Frątczak-Kazana** menadżerka ds. programów pomocowych Fundacji ALIVIA oraz **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra ze współpracownikami, a także licznie zaproszonych gości. Widzę akurat połączonego zdalnie mojego kolegę z Bydgoszczy, pana profesora Styczyńskiego, którego specjalnie pozdrawiam.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek dzienny obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia ma temat oceny pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej oraz przedstawienie sposobu i wyników monitorowania jakości i efektywności opieki onkologicznej. Jest to punkt z planu pracy Komisji.

Oczywiście najpierw, zanim zaczniemy procedować, sprawdzimy kworum. Bardzo proszę o uruchomienie procedury. Proszę wcisnąć dowolny przycisk. Od razu zapowiadam i proszę naszą obsługę o to, aby to sprawdzanie kworum było jeszcze przez jakiś czas otwarte – a prawdopodobnie nie będziemy mieli żadnego głosowania – żeby posłowie, którzy za chwilę dojdą na posiedzenie Komisji, mogli potwierdzić swoją obecność. Tak więc procedurę sprawdzania kworum zostawimy otwartą. Czy widać, że już jest kworum? Mamy kworum, szanowni państwo.

W takim razie czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Przechodzimy do procedowania. Na początek poproszę o zabranie głosu pana ministra Gadomskiego.

Chciałbym też wszystkich państwa uprzedzić, że pan minister Gadomski będzie udzielał odpowiedzi na pytania w sprawach bieżących i wówczas będziemy to jakoś technicznie rozwiązywać. Wiem, że jest prezentacja pana prezesa Maciejczyka, którego też właśnie widzę i serdecznie pozdrawiam. Najwyżej w tym czasie, kiedy pan minister będzie odpowiadał na pytania w sprawach bieżących, pan profesor przedstawi prezentację. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, wszyscy zgromadzeni goście, bardzo przepraszam na początku, że nie mogę wystąpić osobiście. Praktycznie przez cały okres pandemii nie zdarzyło mi się to ani razu, żebym nie mógł być na posiedzeniu Komisji Zdrowia osobiście, ale niestety jestem na autokwarantannie. Z tego powodu izolowałem się w domu i praktycznie od wtorku nie wychodzę.

Po drugie – tak jak już powiedział przewodniczący Latos – mimo że próbowaliśmy przesunąć pytania bieżące przed posiedzenie Komisji, nałożyło się to i będę musiał na chwilę się wyłączyć. Uzgodniliśmy jednak z panem przewodniczącym, że te 10–15 minut to dobry moment na to, żeby nie robić przerwy w obradach Komisji. Wtedy pan profesor Maciejczyk uzupełni pewne kwestie, które ja tylko zasygnalizuję.

Szanowni państwo, na początku, zanim przejdę do podsumowania tego pilotażu, pokazania, w którym momencie jesteśmy, jakie dalsze kroki podejmujemy, chciałbym wyjaśnić pewną wątpliwość, a być może pewne nieporozumienie albo niefortunne wyrażenie z naszej strony w materiale, który państwo otrzymaliście. Wiem, że od wczoraj toczy się jakaś dyskusja internetowa wokół tych kwot, więc chciałbym to na początku wyjaśnić.

W materiale, który państwo otrzymali, pokazaliśmy, jakie kwoty zostały przeznaczone od początku pilotażu na jego realizację. Jak być może państwo pamiętacie, te kwoty wynikały ze współczynników korygujących na świadczenia, które są realizowane przez podmioty onkologiczne w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Zakładaliśmy na początku pilotażu, że kwota tego pilotażu nie przekroczy 48 mln zł, właśnie w ramach tych wskaźników korygujących w tym ponaddwuletnim okresie funkcjonowania pilotażu.

W raporcie użyliśmy niefortunnego zwrotu, że na realizację programu od początku trwania wydano prawie 157 mln. Później w nawiasie, w dalszej części materiału wyjaśnialiśmy, o co w tym chodzi. Chodzi o to, że tyle kosztowały Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia, które były objęte tym współczynnikiem korygującym. Natomiast – żeby wyjaśnić to nieporozumienie – to nie jest kwota, którą kosztował pilotaż. Ta kwota – to zostało dalej wyjaśnione – to jest 29,59 mln. To stanowi niecałe 62% tego, co oszacowaliśmy na cały okres pilotażu z tych 48 mln. Czyli te 156 mln to jest wartość świadczeń, która podlega korekcie tym wskaźnikiem korygującym związanym z realizacją pilotażu. To chciałem na wstępie uściślić.

Krótko o historii pilotażu – tak naprawdę krótko – i zaraz będę chciał przejść do prezentacji. Chciałbym rzeczywiście pokazać pewne działania związane z pilotażem, ale w dużej części chciałbym, żebyśmy skupili się na tym, co już zaplanowaliśmy, co ma być efektem tego pilotażu, bo są już mocno zaawansowane prace związane z wdrożeniem Krajowej Sieci Onkologicznej w Polsce. Zakładam więc, że w ciągu nie dłużej niż trzech miesięcy spotkamy się na posiedzeniu Komisji Zdrowia z projektem ustawy dotyczącym Krajowej Sieci Onkologicznej, o czym też chciałbym w moim wystąpieniu krótko powiedzieć.

Kawałek historii. Pilotaż rozpoczęliśmy 13 grudnia 2018 r., czyli już ponad dwa lata temu, w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim. W tych dwóch województwach realizujemy go od ponad dwóch lat. Następnie w październiku 2019 r., czyli po niecałym roku funkcjonowania, rozszerzyliśmy go o kolejne dwa województwa – podlaskie i pomorskie. Te województwa efektywnie ruszyły z pilotażem na początku roku 2020 – i pewnie nie muszę mówić, że ten rok był bardzo trudny. Był to rok pandemiczny i wyobrażam sobie – a nawet nie wyobrażam, bo już dzisiaj jesteśmy w takiej sytuacji, że te wyniki pilotażu roku 2020 zarówno pod względem zgłaszalności pacjentów, jak i pewnej koordynacji mogą być nieco niemiarodajne. Aczkolwiek pomimo tego, że trwała pandemia, w tych dwóch województwach – tak jak wykazaliśmy w przedstawionym państwu materiale – również ci pacjenci do pilotażu trafiają.

Jeżeli spojrzymy na to – skoro już jestem przy tym temacie – ilu pacjentów trafiło do pilotażu, to od początku jego funkcjonowania mówimy o prawie 15 tys. osób, 14,8 tys. osób, które trafiają do pilotażu. Z tego w województwie dolnośląskim 9 tys., świętokrzyskim – 3 tys., pomorskim – 1,6 tys., podlaskim – ponad 1 tys. pacjentów. Co ważne, my od początku w pilotażu nie ujmowaliśmy wszystkich pacjentów onkolo-

gicznych, tylko pacjentów z rozpoznaniem jednego z pięciu najczęstszych nowotworów, które występują w Polsce.

O kosztach pilotażu już mówiłem. Podkreślam – 30 mln zł do tej pory wydano na pilotaż. Pilotaż, też w związku z pandemią, został wydłużony do końca tego roku. Szacujemy, że w tej kwocie początkowej, szacowanej absolutnie się wyrobimy i nie będziemy przekraczać tych kosztów pilotażu.

Na co w ogóle były przeoczone te dodatkowe środki, ta korekta? Z czego ona wynikała i jakie efekty de facto chcieliśmy osiągnąć w tym pilotażu?

Po pierwsze, jednym z fundamentalnych założeń pilotażu było to, że wprowadzamy faktycznych koordynatorów procesu leczenia. Dlaczego mówię: faktycznych? Dlatego, że karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, wdrożona kilka lat temu, określała wymóg wprowadzenia koordynatorów leczenia, natomiast wiele ośrodków w pewnym sensie omijało ten obowiązek, zatrudniając na przykład jednego koordynatora na cały szpital, niezależnie od tego, ilu pacjentów, czy pierwszorazowych, czy pozostających pod opieką, taki ośrodek miał. Stwarzało to pewną fikcję koordynacji leczenia.

My w pilotażu założyliśmy wskaźnik związany z tym, że na każdych nowych 40 pacjentów ma być wyznaczony jeden koordynator leczenia. Te środki zapewniały więc przede wszystkim możliwości zatrudnienia tych koordynatorów.

Bardzo ważne w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej było, jest i będzie wdrożenie systemów informatycznych, narzędzi informatycznych wspierających obsługę procesu raportowania, a przede wszystkim raportowania mierników jakości. To chyba najważniejszy aspekt pilotażu, że wreszcie, po wielu latach, kiedy nie mieliśmy narzędzi związanych właśnie z gromadzeniem, przetwarzaniem danych dotyczących jakości leczenia, zainicjowaliśmy pilotażem proces ich zbierania. Przechodzimy przez pewien poligon oceny tych wskaźników jakości, bo zaraz, wdrażając Krajową Sieć Onkologiczną, chcemy, żeby na podstawie tych mierników jakości opierały się pewne decyzje zarządcze związane z kwalifikacją do określonego poziomu referencyjnego, być może z koniecznością – nie zakładam, ale jednak ustawa będzie to zakładała – określenia poziomów minimalnych, które muszą być realizowane, i działań zarządczych, naprawczych, które będą realizowane przez ośrodki, jeżeli tych wskaźników nie będą – kolokwialnie mówiąc – dowoziły, nie będą one realizowane na tym minimalnym poziomie.

Bardzo ważny aspekt pilotażu to dodatkowe infolinie onkologiczne, chwalone przez pacjentów. Myślę, że pan profesor Maciejczyk pokaże badania satysfakcji pacjentów z pilotażu i tej komunikacji – i poprzez infolinię, i poprzez koordynatorów – i w ogóle tego, na czym nam bardzo w pilotażu zależało i od czego zaczął się w ogóle temat zmian w onkologii, czyli zaopiekowania się zagubionym pacjentem. Ja myślę, a nawet jestem przekonany, że jeszcze w trakcie tych prac legislacyjnych związanych z ustawą i po wdrożeniu Krajowej Sieci Onkologicznej uruchomimy narzędzia, które jeszcze bardziej zapewnią, że ta komunikacja może być efektywna, na czym zresztą wielu pacjentom i wielu organizacjom pacjenckim bardzo zależało.

Co ważne, i myślę, że jest to jedną z dużych wartości dodanych pilotażu, wypracowano pewne standardy, pewne wzory dokumentów, formularzy. Mówię tu o klinicznych formularzach – o dokumentacji medycznej de facto – związanych właśnie z procesem diagnostyczno-terapeutycznym. W szczególności na przykład raport histopatologiczny wystandaryzowany w ramach ośrodków będących w Krajowej Sieci Onkologicznej. Podobnie raport związany z badaniami radiologicznymi. Już samo wdrożenie tych elementów – jak zauważamy i po pewnych głosach klinicystów, i po pewnych wynikach mierników – ta standaryzacja, wymuszenie tego, że pewien pakiet dokumentów trafia na poziom wielodyscyplinarnego konsylium, zespołu terapeutycznego, sprawia, że rzeczywiście te raporty są kompletne albo bardziej kompletne niż były wcześniej, o czym świadczą przede wszystkim głosy klinicystów.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę w ramach tej historii, tych tematów pilotażowych, które chcemy jeszcze mocniej zasygnalizować w Krajowej Sieci Onkologicznej, że my w ramach pilotażu jasno wskazaliśmy ośrodki koordynujące, które miały dbać o pewną jakość świadczenia usług w województwie poprzez chociażby wsparcie merytoryczne, udział w konsyliach wspomagających te ośrodki niższego poziomu. Ja uważam,

że w tym obszarze jest jeszcze sporo do zrobienia, i twarde założenia legislacyjne ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej będą to doprecyzowywały. Będą eliminowały możliwości miękkiego przejścia nad wsparciem tego ośrodka. Wyprzedzając może to, co chciałbym powiedzieć – w ośrodkach o najniższym poziomie referencyjnym takie konsylium, żeby mogło być rozliczone i żeby ten pacjent mógł zostać poddany dalszej ścieżce terapeutycznej i rozliczony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, będzie musiało odbyć się z udziałem i potwierdzeniem tego ośrodka o najwyższym poziomie referencyjnym.

Szanowni państwo, spróbuję teraz udostępnić krótką prezentację. Jeszcze mnie na posiedzenie plenarne nie wzywają, więc spróbuję. Na razie moja próba zeszła na manowce. Dosłownie sekundka cierpliwości. Mam pytanie, czy widać prezentację?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, widać, panie ministrze. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Świetnie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, ta prezentacja nie tak dawno – niecałe dwa tygodnie czy dwa tygodnie temu – była prezentowana na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia. Ja pozwolę sobie ją istotnie skrócić, bo ja wtedy mówiłem i o kwestiach…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, jeszcze jedna prośba techniczna. Gdyby mógł pan udostępnić prezentację na cały ekran…

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Już próbuję. Czy się zmieniło?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zmieniło. Jest większa, ale jeszcze nie na cały ekran. U pana na komputerze jest cały ekran, ale myślę, że to wystarczy. Tak sądzę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Nie jestem w stanie zrobić nic więcej…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Myślę, że to wystarczy.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

U mnie jest wypełniony cały. Tak jak mówiłem, nie będę przechodził przez całą prezentację, bo w Senacie opowiadałem. Myślę, że część z państwa, w szczególności naszych gości, miała okazję w tym uczestniczyć, więc skupię się na tym…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, proszę pamiętać, że tam była prezentacja dla senatorów, tu są posłowie. Być może niektóre slajdy można pominąć – za to też jesteśmy wdzięczni – ale jednocześnie proszę ewentualnie pokazać troszkę więcej i uwzględnić to, że goście pewnie to widzieli, natomiast posłowie nie.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Tak jest, panie przewodniczący, jak najbardziej. Skupię się na tych aspektach pilotażowych. Jeżeli będziemy mieli możliwości i czas, to przejdę do tych tematów wcześniejszych, aczkolwiek rozumiem, że najważniejszy z punktu widzenia dzisiejszego posiedzenia jest pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, więc na tym się skupiam.

O historii już mówiłem. Ważny aspekt – realizacja programu pilotażowego do końca tego roku, ale my, tak jak już wspominałem, pracujemy równolegle nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej. Myślę, że w ciągu najpóźniej półtora miesiąca zechcemy przedstawić ją do akceptacji Stałego Komitetu Rady Ministrów i Rady Ministrów i rzeczywiście rozpocząć prace legislacyjne w parlamencie.

To, co stanowi podstawę i co dla mnie jest sukcesem… Panie przewodniczący, przepraszam, jeśli mógłbym przerwać, bo właśnie wzywają mnie na posiedzenie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście, tylko pytanie, czy pan procesor Maciejczyk będzie to kontynuował, czy pokaże coś innego.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Pan profesor Maciejczyk skupi się bardziej na aspektach merytorycznych pilotażu, na kwestiach związanych z pomiarem jakości…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. I później wrócimy do pana prezentacji.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Bardzo przepraszam, ale…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę. Witam serdecznie raz jeszcze pana profesora i oddaję głos.

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dyrektor naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu Adam Maciejczyk:

Dzień dobry państwu. Chciałbym udostępnić swoją prezentację na cały ekran, jeżeli jest możliwość. Czy widać prezentację, szanowni państwo?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze nie, panie profesorze. Widać pana profesora.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Może to nie o to chodzi, żeby mnie było widać. Ja wysłałem tę prezentację na mejla Komisji. Jeżeli jest problem z udostępnieniem, to może…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, spróbujmy jeszcze przez chwilę. Może uda się ją pokazać. Jeśli nie, to pan profesor ją omówi, a my ją później obejrzymy. Dajmy sobie jeszcze trzy minuty na próbę udostępnienia.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Próbuję jeszcze raz. Czy coś się udało?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Niestety, nic się nie zmieniło. Będzie do pana teraz dzwonił pan z sekretariatu Komisji i może udzieli dalszej instrukcji. Gdyby pan profesor wyłączył mikrofon na chwilkę i odebrał telefon za moment.

Panie profesorze, mamy prezentację. Można włączyć mikrofon i omówić prezentację. Jeszcze prośba – tak jak było przed sekundką, na cały ekran, bo się to wszystko zminimalizowało.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Szanowni państwo, rozumiem, że widać wszystko.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, widać wszystko, jak najbardziej.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Chciałbym przedstawić spojrzenie kliniczne na pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, które dla nas, onkologów, jest kluczowe. Wyzwania, z którymi przede wszystkim od lat się borykamy, to cały czas lawinowy wzrost zachorowań, a w związku z tym konieczność zwiększenia finansowania w opiece onkologicznej. Nie da się tego osiągnąć bez odpowiedniej organizacji opieki onkologicznej.

Pomysł sieci nie jest nowy. W Polsce on się pojawił – byliśmy twórcami tej koncepcji – w latach 60. zeszłego stulecia. Jest to jednak aktywność widoczna na całym świecie, również w Unii Europejskiej, w której ostatnio w tym zakresie sporo się zmienia.

Chcę też mocno podkreślić, że pilotaż nie określa całej funkcjonalności Krajowej Sieci Onkologicznej. To jest tylko wycinek. Tak naprawdę naszym celem głównym była ocena,

czy jest możliwość wprowadzenia takiej sieciowej struktury w Polsce i jak ona powinna wyglądać.

Sama koncepcja Krajowej Sieci Onkologicznej zakładała – i tego bardzo się pilnowaliśmy – żeby to była przede wszystkim przejrzysta struktura. Zakładaliśmy pełne skupienie na kompleksowej i koordynowanej opiece onkologicznej. Tutaj główną rolę odgrywa stworzenie ścieżek postępowania dla pacjentów akurat w przypadku pięciu nowotworów, o których już pan minister wspominał, i to, co jest najważniejsze i co robiliśmy po raz pierwszy – mierzenie jakości leczenia i jakości diagnostyki onkologicznej w naszym regionie.

Sama Krajowa Sieć Onkologiczna zakładała referencyjność na trzech poziomach. Pierwszy poziom, przypomnę, to jest szpital, który realizuje tylko jeden rodzaj świadczenia. Drugi – to dwa rodzaje świadczenia onkologicznego. Trzeci – to trzy. Chodzi oczywiście o chirurgię, leczenie systemowe tudzież radioterapię. Jednak sama Krajowa Sieć Onkologiczna nie wyklucza, a wręcz łączy ze sobą ideę unitów narządowych.

Przy okazji tworzymy rejestry medyczne. Udało się nam to stworzyć, tak jak wspomniał pan minister, dla już w tej chwili 16 tys. pacjentów – mam aktualne dane. To jest rozwiązanie bardzo propacjenckie. Konieczna jest tu współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia, z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ale przede wszystkim cały czas z pacjentami.

Główne cele. Oczywiście głównie walczymy z nierównościami w dostępie do opieki onkologicznej. Nie może być tak, że kod zamieszkania decyduje o tym, jakie świadczenia onkologiczne są realizowane, a tak w tej chwili niestety jest, i to nie jest tylko problem Polski. Oczywiście chcemy poprawić wyniki leczenia. Chcemy wdrożyć wszędzie na równym poziomie wytyczne onkologiczne i to, co najważniejsze – chcemy cały czas ten proces monitorować również pod kątem jakościowym.

Oczywiście wyznaczyliśmy też cele jakościowe. Głównie były one skupione na miernikach czasowych – na czasie realizacji badań, na dostępie do właściwej diagnostyki, do kompletności tej diagnostyki, jakości konsyliów, poprawy komunikacji z pacjentami, tak ważnej szczególnie w trakcie pandemii.

Główne determinanty to oczywiście organizacja i koncepcja na koordynację i kompleksową opiekę onkologiczną. Korzystaliśmy tu też z wzorców europejskich – jak mówiłem – a jakość musi być mierzona też w sposób jasny i precyzyjnie zdefiniowany. Temu też poświęciliśmy bardzo dużo czasu no i również tych środków, o których wspomniał pan minister, ponieważ stworzyliśmy pewną księgę jakości zbierania danych w opiece onkologicznej. Udostępniliśmy ją wszystkim województwom, które później wdrożyły opiekę onkologiczną w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Jednak sama struktura – chociażby na przykładzie Dolnego Śląska, bo będę się posługiwał przykładami głównie z mojego województwa – jak państwo widzą, jest dosyć skomplikowana. Jest głęboka fragmentacja opieki onkologicznej. Za dużo jest ośrodków, które mają udostępnioną możliwość realizacji pakietu onkologicznego. Na terenie Dolnego Śląska jest ich aż 80. Nie mamy nawet aż tylu chirurgów onkologów w naszym regionie. Po wprowadzeniu bardzo prostych kryteriów Krajowej Sieci Onkologicznej, które zaraz pokażę, zostało nam już 16. Tak więc bardzo prosty efekt został już osiągnięty na poziomie tworzenia samego pilotażu.

To są kryteria, które uważamy za minimalne. Jak państwo widzą, one nie są duże. To jest w skali roku. Taki ośrodek, który powinien zajmować się opieką chirurgiczną w raku piersi, powinien rocznie operować przynajmniej stu pacjentów. Nawet dla raka jajnika obniżyliśmy te kryteria do 24, bo to jest rzadsza choroba. Przy mniejszej liczbie tych świadczeń nie jesteśmy w stanie utrzymać odpowiedniego poziomu jakości świadczeń chirurgicznych, ale to są kryteria, które my zalecamy już po pilotażu. Do pilotażu wystarczyło 100 tych zabiegów we wszystkich pięciu nowotworach. Wtedy te 16 jednostek zostało zakwalifikowanych.

Ważna też była współpraca z ośrodkami, z innymi szpitalami. Taka współpraca była możliwa. Mamy z tymi wszystkim ośrodkami podpisane umowy i razem zbieramy dane. Dane źródłowe, a nie dane o wynikach mierników, o których już tutaj wspominaliśmy.

Porównując pakiet onkologiczny z Krajową Siecią Onkologiczną – o czym już wspomniał pan minister – najważniejsze, na co zwróciliśmy uwagę, to komunikacja z pacjentami, czyli infolinia onkologiczna. To jest infolinia, która była organizowana przez wojewódzki ośrodek koordynujący, a pozwalała umówić pacjenta poprzez jeden telefon z lekarzem onkologiem na pierwszą wizytę w całym województwie, nie tylko w tym jednym szpitalu, który prowadzi pakiet onkologiczny. Szerzej o tej infolinii później.

O koordynatorach mówi się dużo, ale tak naprawdę założenia ich pracy do tej pory nie były wypełnione treścią. My to tutaj staraliśmy się zrobić. Wprowadziliśmy checklisty, czyli takie dokumenty, które usprawniły prace koordynatorów, ścieżki pacjentów, które z kolei pozwoliły nam porównywać jakość opieki onkologicznej w poszczególnych regionach. Musimy jednak ją oceniać poprzez mierniki i wskaźniki, które też analizujemy. No i na koniec, co nie jest bez znaczenia, ocenialiśmy satysfakcję pacjentów.

Sama koordynacja opieki onkologicznej jest kluczowym problemem. Tutaj – jak już pan minister wspomniał – przyjęliśmy i testowaliśmy to założenie, że na każdego koordynatora musi przypadać maksymalnie 40 nowych pacjentów onkologicznych miesięcznie. Czyli jeżeli któryś szpital ma 41 nowych pacjentów miesięcznie, to musi mieć dwóch koordynatorów.

Oczywiście zajmujemy się koordynacją od momentu, w którym pacjent ma podejrzenie choroby nowotworowej, a nie dopiero od momentu, kiedy zaczyna się leczenie. Czyli rozszerzyliśmy zakres działania koordynatorów i wprowadziliśmy te ścieżki, żeby koordynator wiedział, co ma robić i czego ma wymagać od poszczególnych osób. Nawet wprowadziliśmy pewne narzędzia IT do obserwacji tych ścieżek pacjentów, które chorym i przede wszystkim koordynatorom bardzo pomagają.

Punkty odniesienia, które przyjęliśmy. Były takie uwagi, że nie mamy do czego się odnieść. Krytyka organizacji opieki onkologicznej w Polsce jest od wielu lat. Dotyczy głównie organizacji. Tutaj najważniejszym dokumentem jest dokument kontroli NIK-u z 2016 r. – zresztą nie tylko z 2016 r., ale również z 2020 r. – który wskazywał na braki w zakresie diagnostyki molekularnej, diagnostyki histopatologicznej, odpowiedniej jakości badań diagnostycznych. To wszystko włączyliśmy do projektu Krajowej Sieci Onkologicznej i staraliśmy się to poprawić właśnie poprzez wprowadzenie checklist, kart oceny diagnostyki, oceny konsyliów, mierników dostępności do badań histopatologicznych i mierników oceny badań radiologicznych. Pokażę państwu wyniki tych badań.

W kontrolach NIK-u wykazano zbyt długie oczekiwanie na badania rezonansem i tomografem komputerowym, a mierzono tylko czas oczekiwania na badania. My mierzymy czas oczekiwania na wynik badania, a nie samo badanie. To jest pierwszy tego typu pomiar. Narodowy Fundusz Zdrowia mierzy w swoich zasobach czas do wykonania badania, a my do otrzymania wyniku badania. To jest zasadnicza różnica, w onkologii szalenie ważna, ponieważ jeżeli to jest za długi okres, to badanie to przestaje mieć dla nas jakąkolwiek wartość.

Oczywiście wartość konsyliów – podnoszono, że konsylia są tylko fikcyjne. My sprawdzamy, czy one są realne, jakie są efekty działania tych konsyliów, i sprawdzamy też rolę koordynatorów. Dodatkowo monitorujemy oczywiście śmiertelność okołooperacyjną, po leczeniu systemowych i radioterapii. Mierzymy też powikłania po tych leczeniach, a przede wszystkim zbieramy realne dane, bo dopiero z tych danych wyprowadzamy mierniki. Czyli mierzymy dane o stopniach zaawansowania choroby pacjenta – TNM, stan ogólny pacjenta, te wszystkie czynniki, które są kluczowe dla oceny właściwego przebiegu opieki onkologicznej.

Pakiet onkologiczny sporo pomógł pacjentom, nie zagwarantował jednak wielu rzeczy, między innymi współpracy między ośrodkami. Sieć onkologiczna uzupełnia te niedociągnięcia i przede wszystkim zbieramy dane tak, żeby monitorować, czy ten efekt działania jest widoczny, czy cokolwiek, co wprowadzamy teraz do opieki onkologicznej, jest realizowane. Oczywiście dzięki tej analizie danych zebranych w całej opiece onkologicznej możemy też monitorować efektywność wprowadzanej polityki zdrowotnej.

To, co jest bardzo ważne – stworzyliśmy system informatyczny, który działa w tej chwili spójnie w czterech województwach. Ma on taką samą metodykę zbierania danych, więc możemy monitorować te procesy w poszczególnych województwach, ale te

dane są zbierane automatycznie i analiza danych jest dzięki temu możliwa wcześniej. Nie generujemy dodatkowej biurokracji, chyba że któryś ze szpitali nie chce udostępniać systemu do automatycznego pobierania danych, ale taki system i taka możliwość są stworzone. I to, co wspomniałem wcześniej – najważniejsze dane, które dodatkowo zbieramy, to są proste dane, które i tak onkolodzy gromadzą. Czyli czas – jest on oczywiście mierzony automatycznie. Zbieramy informacje o stopniach zaawansowania choroby i o tym, w jaki sposób ten proces przebiega.

To jest przykład sposobu zbierania danych – różnych platform, hurtowni danych. To wszystko jest stworzone w ramach tych środków, które wydaliśmy, ale najważniejsze jest to, że w tym repozytorium naszych danych onkologicznych zbieramy dane z naszych szpitali i łączymy je z danymi sprawozdawczymi do Narodowego Funduszu Zdrowia, monitorując przy okazji, w jakich stopniach zaawansowania jakie świadczenia są realizowane.

Dużo mówię o jakości danych, bo to jest bardzo ważne. Już w samym rozporządzeniu było wymienionych tylko 35 mierników, a tak naprawdę gdy się zastanowiliśmy z ekspertami od jakości zbierania danych, w jaki sposób powinniśmy to opisywać, to nam wyszło 305 wyliczeń. Jest to więc olbrzymia baza danych.

Nie będę oczywiście tutaj pokazywał wszystkich danych, bo to za długo by trwało, ale chcę pokazać, że jednym z ważniejszych elementów tej opieki onkologicznej jest stworzenie tych checklist – dokumentów, które ułatwiają koordynatorom i lekarzom właściwie przygotować się do kolejnego etapu opieki onkologicznej. Na pewno każdy z państwa miał jakiś problem onkologiczny i wiedział, jak jest trudno przygotować pacjenta do decyzji terapeutycznej, ile trzeba dodatkowych badań wykonać. My te badania, w zależności od rodzaju nowotworu, wymieniliśmy na takich checklistach. Koordynator dzięki temu wie, w jaki sposób ma przygotować chorego do kolejnego etapu. Nie zabiera niepotrzebnie czasu lekarzowi, nie generuje dodatkowych konsyliów, które są nieefektywne, bo przygotowanie danych nie było odpowiednio przeprowadzone.

Zunifikowaliśmy wynik badania histopatologicznego. Oczywiście oparliśmy się na międzynarodowych rekomendacjach. Ten sposób zbierania danych jest też spójny z akredytacją środków patomorfologicznych, która w tej chwili przebiega, i współpracujemy bardzo blisko z Polskim Towarzystwem Patomorfologów w tym zakresie. No i wygenerowaliśmy dodatkowe informacje, tak zwane ścieżki pacjentów.

To są uproszczone przebiegi diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych. Tutaj jest przykład takiej ścieżki pacjenta z rakiem płuca, którą musieliśmy na nowo zdefiniować, chociażby uwzględniając problemy pandemiczne i dostępu pacjentów onkologicznych z rakiem płuca do opieki onkologicznej. Jak widzą państwo po prawej stronie – może to nie jest wyraźne, bo to nie są duże litery – nawet zdefiniowaliśmy czas, który powinien przebiegać, ile czasu powinno być. Tu są maksymalnie dwa tygodnie oczekiwania na przykład na wynik badania histopatologicznego i badania molekularnego.

No i infolinia. To nie jest tylko telefon. Wprowadziliśmy tę infolinię, na początku centralną. Ona z uwagi na to, że były tylko dwa województwa, została później przekształcona w wojewódzką i bardzo dobrze w tej chwili się rozwija. Poza tą infolinią, gdzie zatrudniliśmy dodatkowo osoby i wprowadziliśmy system monitorowania odpowiedzi i czasu reakcji na odpowiedź – cały zakres monitorowania tego procesu, łącznie z nagrywaniem, jeżeli ktoś dzwoni do nas nawet z jakimś komentarzem, możemy później odsłuchać – dodatkowo wprowadziliśmy narzędzia informatyczne, takie jak bramki SMS-owe, specjalny system Onkoskop oraz formularze, które usprawniają przejście pacjentów przez śluzy w trakcie konsultacji z nami, a także usprawniają komunikację. Tak więc możemy pacjenta lepiej przygotować na konsylia czy też na wizytę u lekarza.

Wprowadziliśmy również specjalną ścieżkę mejlową komunikacji z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Co prawda nie było to objęte pilotażem, ale jest to bardzo ważny element skoordynowanej opieki onkologicznej.

Liczba połączeń infolinii rośnie – jak państwo widzą – i to praktycznie lawinowo. W tej chwili ten wzrost jest oszacowany na poziomie 30%. Tu jest przykład skali wdrożenia w całym kraju. To jest już w tej chwili ponad 16 tys. Ta różnica w liczbach w sto-

sunku do raportu pana ministra wynika z tego, że to jest w tej chwili najbardziej aktualna lista, bo już po styczniu.

System monitorowania jakości. Do tego systemu informatycznego tak naprawdę używamy narzędzia Oncoreports, które zbiera dane do hurtowni danych, gromadzi te dane. Oncoindi – narzędzie, które prezentuje wyniki leczenia. Te wszystkie narzędzia są dostępne dla wszystkich szpitali we wszystkich województwach. I Oncodash, który indywidualnie pozwala dodatkowo wyprowadzić nowe mierniki, na przykład dla danego województwa.

Podstawowa wizualizacja. Jak państwo widzą, to jest w skokach kwartalnych. Dane mogą być filtrowane w zależności od poziomu jednostki i dla danego szpitala. Możemy porównywać te szpitale wzajemnie między sobą, możemy porównywać województwa. To wszystko jest już gotowe i można to łatwo wdrożyć w całym kraju.

Rodzaje mierników są bardzo różne. Mamy przykład zbiorczego miernika, który pokazuje porównanie diagnostyki wstępnej, kompletności tej diagnostyki wstępnej i pogłębionej w naszym województwie versus mój szpital. Jak widzą państwo, różnice nie są duże, a generalnie wyniki są raczej kompletne. Chcę podkreślić jasno, że już samo zbieranie danych pozwoliło poprawić tę jakość procesu, ponieważ wszyscy się starają, bo wiedzą, że my sprawdzamy ten proces.

Proces digitalizacji checklist też postępuje, bo chcemy usprawnić pracę lekarzy. Lekarze nie mają czasu na wypełnianie kolejnych dokumentów. Jeżeli wypełnią jeden dokument w elektronicznej dokumentacji medycznej, od razu z tego tworzą się te checklisty.

Czas oczekiwania na badania histopatologiczne. Chcę pokazać, że to jest bardzo istotny element. Tutaj porównujemy wyniki naszego Dolnośląskiego Centrum Onkologii versus reszta województwa. Ta różnica tu jest bardzo wyraźna.

Chcę zaznaczyć, że ten proces został łatwo zaakceptowany przez histopatologów. Na początku oczywiście tego się obawiali, ale generalnie wiedzą przynajmniej, jak to powinno się robić, również dzięki temu, że mieli ten szablon badania histopatologicznego, który im ułatwia pracę. Jednak ten szablon nie spowodował tego, że od razu pojawiła się kompletność raportu histopatologicznego. Tu też to mierzymy. Jak widzą państwo na wykresie radialnym, bliscy kompletności jesteśmy my w Dolnośląskim Centrum Onkologii – to jest na przykładzie raka płuca… To znaczy Dolnośląskie Centrum Onkologii razem z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc – tutaj nasze szpitale się łączą w tej chwili. Natomiast w innych szpitalach, mniejszych, te wyniki już nie były takie kompletne. To wymagało dodatkowego niepotrzebnego czasu na uszczegółowienie informacji.

Tu jest z kolei czas oczekiwania na opis rezonansu magnetycznego. Jak widzą państwo, nasze wyniki nie były tak dobre jak reszty województwa, ale za to kompletność naszego badania rezonansem była dużo lepsza. To jest tylko przykład na to, że w Dolnośląskim Centrum Onkologii brakuje drugiego rezonansu. Już i tak pracujemy w tej chwili od godziny 5.00 do 23.00 przez 6 dni w tygodniu. Najwyższy czas, żeby to zmienić – i to też możemy monitorować.

Inne mierniki. To mierniki związane ze zgonami pacjentów. To jest to bezpieczeństwo naszego leczenia. Pacjenci mówią o tym, że chcą tej informacji. My te informacje zbieramy. Muszę powiedzieć, że te informacje dobrze wyglądają. To są oczywiście informacje wrażliwe, aczkolwiek tu nie widać nieprawidłowości, o których szeroko w wielu miejscach mówiono, i tego akurat nie chciałbym pokazywać, przynajmniej na forum Sejmu.

Odsetek świadczeniobiorców w trzecim i czwartym stopniu zaawansowania choroby w poszczególnych typach nowotworów. Jak widzą państwo, te różnice są olbrzymie. Chcę zwrócić uwagę na to, że w raku piersi blisko 80% to pacjentki w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania choroby, ale dla porównania w raku płuca blisko 70% to pacjenci w trzecim i czwartym stopniu zaawansowania choroby. Do tej pory takich danych, tak szczegółowych, tak aktualnych – to są dane zebrane 23 lutego 2021 r. – nie mieliśmy w Polsce.

To jest bardzo istotny element również w monitorowaniu stopnia zaawansowania choroby w trakcie pandemii. Jak widzą państwo, ten stopień zaawansowania, przynajmniej w naszym województwie, poza jednym nowotworem – rakiem płuca – nie wzrósł.

Tylko w raku płuca ten wzrost jest widoczny – ta czerwona linia. W innych typach nowotworów ten wyższy stopień zaawansowania utrzymuje się na tym samym poziomie.

Możemy też w ten sposób monitorować efektywność działania profilaktyki. Do tego nasz samorząd regionalny mocno się przyłożył i włączył dodatkowe aktywności, chociażby dostęp do badań na obecność hemoglobiny utajonej.

Tu widzą państwo przykład mierników specyficznych dla danego typu nowotworu. Dla raka jelita grubego – dostęp do nowoczesnego leczenia chirurgicznego, dostęp do kompleksowego leczenia, również prawidłowość realizacji zabiegów.

Tu widzą państwo różnice w dostępie do chociażby badań genetycznych. To jest bardzo istotne. To jest mierzone u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową – sprawdzenie, czy ci pacjenci mogą mieć leczenie genetyczne. Oczywiście nie leczenie nowoczesnymi lekami, bo żeby te nowoczesne leki wdrożyć, nowe terapie, trzeba mieć pewną predyspozycję genetyczną.

Tu sprawdzamy dostęp do tych metod. Jak widzą państwo, zupełnie niezły jest dostęp do tej diagnostyki na Dolnym Śląsku, w DCO jest lepszy. Jednak nie wszyscy pacjenci mogą być poddani takiej analizie, ponieważ część tych pacjentów jest z już tak zaawansowaną chorobą, w stanie ogólnym bardzo złym, że to badanie już nie ma dla nich do końca takiego znaczenia.

To samo dotyczy dostępu do nowoczesnej chirurgii, czyli na przykład zabiegów laparoskopowych. Jak widzą państwo, różnice są w zależności od rodzaju nowotworu, czy to jest rak odbytnicy… Akurat DCO w przypadku raka odbytnicy jest wiodącym ośrodkiem w regionie. Jednak dostęp też jest monitorowany i przede wszystkim stale jest monitorowany. Jeżeli cokolwiek zmienia się w szpitalu, to my to od razu możemy zauważyć. Pacjent też może te informacje uzyskiwać, a wręcz powinien mieć dostęp do tych informacji.

Dla raka płuca są inne mierniki. Między innymi również dostęp do badań genetycznych – też dobra kwalifikacja. W raku piersi pokazujemy również dostęp do badań genetycznych i molekularnych. Tu jest duża różnica między naszym centrum onkologii a innymi szpitalami. To też wymaga unifikacji. To wymaga modyfikacji organizacyjnej, ale to przewidziała poniekąd akredytacja patomorfologii wdrażana przez Polskie Towarzystwo Patologów.

Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne – ważny, bo to jest proces, który jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowej strategii onkologicznej”, czyli badanie BRCA1 i BRCA2, bardzo istotne. Muszę powiedzieć, że ten wynik, nawet Dolnego Śląska – 43%, jest na poziomie światowym. Mówi się o tym, że w najlepszych regionach, jeśli ta wartość przekracza 40%, to już jest nieźle. Jak widzą państwo, w pewnych aspektach mamy naprawdę dobre wyniki.

Jeżeli chodzi o dostęp do innych badań w zmianach mało zaawansowanych, do 3 cm, i poddanych leczeniu oszczędzającemu w zakresie gruczołu piersiowego, to też modyfikujemy. To, że w przypadku tych badań genetycznych są wymienione różne podtypy, to jest właśnie pokaz tego, że musieliśmy rozbić jeden miernik wymieniony w rozporządzeniu na kilka mierników, bo to są różne badania genetyczne i dotyczą różnej grupy pacjentów.

Dla raka jajnika – to nie jest najczęstszy nowotwór, ale bardzo skomplikowany i trudny do leczenia – jeden z ważniejszych mierników to jest dostęp do laparotomii zwiadowczej. Jak widzą państwo, ten dostęp jest. Na Dolnym Śląsku nawet w czasie pandemii ta liczba laparotomii zwiadowczych nie spadła w centrum onkologii. Dla raka prostaty – tu akurat nie mam przykładu, ale też chcę zwrócić uwagę na to, że były oceniane podobne elementy – między innymi dostęp do technik operacyjnych laparotomii, dostęp do właściwej oceny materiału histopatologicznego.

To, co jest najważniejsze, stale to mierzymy – stale poprawiamy sposób opomiarowania i dodatkowo mierzymy też satysfakcję pacjentów. Chcę zwrócić uwagę na to, że tych ankiet jest bardzo dużo. Tych ankiet satysfakcji zebraliśmy blisko 2700, a samą ankietę układaliśmy we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i przede wszystkim z Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych.

Jak widzicie, ankiety satysfakcji to nie jest jedyna forma kontroli. Są również ankiety profilaktyczne, żebyśmy wiedzieli, jacy pacjenci i w jaki sposób byli przygotowani do opieki onkologicznej, dlaczego do nas trafili.

Zestawienie liczby ankiet satysfakcji – widzą państwo – w zależności od rodzaju szpitala. Tutaj jest przykład profilaktyczny. Pacjenci oddawali duży procent tych ankiet. Nie przeprowadziliśmy jeszcze analizy tych badań, ale na pewno je wykorzystamy, ponieważ jest to unikatowy materiał.

I to, co jest najważniejsze – o czym mówił już pan minister – ocena przydatności infolinii. Kolor zielony to pozytywna ocena pacjentów, żółty kolor – neutralna, a czerwony – negatywna. W miarę trwania pilotażu pacjenci coraz bardziej przekonywali się do przydatności tej infolinii. Przypomnę, że na poziomie infolinii w tej chwili umawiamy pacjenta na pierwszą wizytę, ale również informujemy o dostępność do opieki onkologicznej w różnych regionach całego naszego województwa. Oczywiście ta infolinia wymaga stałego rozwoju i wsparcia, również informacyjnego, żeby nowi pacjenci wiedzieli, że takie narzędzia są dostępne.

Ocena czasu przyjęcia do szpitala. Bardzo ważna ocena. Jak widzą państwo, „zadziwiająco krótki" – taka jest odpowiedź pacjentów. Niebieskim kolorem oznaczona jest ta grupa pacjentów. Poziom właściwie utrzymuje się przez cały czas pilotażu, a generalnie „odpowiedni" to jest dominująca liczba. Widzą państwo, że nawet w czasie pandemii ta liczba zadowolonych z czasu przyjęcia pacjentów do szpitala wzrosła. W niewielkim stopniu, ale wzrosła.

To jest ocena zadowolenia już w procentach – bardzo wysoka. Zadziwiająco wysoka, ale też szczerze powiem, że moment, w którym oceniamy to zadowolenie, to jest ten, kiedy pacjent kończy leczenie. Mamy świadomość, że musimy wzmocnić ocenę pacjentów na początku tej ścieżki pacjenta, bo to jest moment, w którym – jak pacjenci mówią – jest najwięcej problemów. Czyli w momencie, w którym oni wchodzą do systemu, a nie w momencie, w którym już w tym systemie są objęci opieką.

Jeszcze jedno pytanie – czy pacjent poleciłby nasz szpital. Tu przykład dwóch województw – dolnośląskiego i świętokrzyskiego. Rzeczywiście wyniki porównywalne, lekko lepsze w świętokrzyskim, i tu gratuluję panu profesorowi Góździowi.

Padły też dodatkowe pytania ze strony organizacji pacjentów, z którymi rozmawiamy na ten temat i staramy się im tłumaczyć istotę Krajowej Sieci Onkologicznej. To są dwa takie pytania. Czy pacjenci byli oceniani tylko we Wrocławiu, czy w całym województwie? Chcę podkreślić, że tu jest przykład pacjentów z naszego województwa w rozbiciu na poszczególne powiaty. Jak widzą państwo, to pokrywa się generalnie z demografią naszego województwa. Około 1/4 mieszkańców Dolnego Śląska skupia się wokół Wrocławia, a reszta jest równomiernie rozproszona. Widać też tutaj, że pewne grupy nowotworów w większej reprezentatywności muszą trafić do Wrocławia. Dotyczy to przede wszystkim raka jajnika.

Tu jest przykład z podziałem na rozpoznania – na poszczególnych pięć rozpoznań – w jakim sensie pacjenci trafiali do nas z Wrocławia, z całego Dolnego Śląska i z innych województw. Widać tu trochę większą liczbę pacjentów chociażby z rakiem prostaty, rakiem piersi i rakiem płuca, którzy do nas trafiają. To jest przykład nie tylko mojego szpitala. To jest przykład całego województwa, wszystkich szpitali skoordynowanych.

To, co ważne – monitorowanie efektywności działania naszej opieki onkologicznej w trakcie pandemii. Bardzo ważny slajd, w mojej ocenie, który pokazuje, że przy dobrej aktywności, szczególnie medialnej, przy ciągłej dbałości o to, żeby pacjent mógł wejść do systemu, to w tej grupie pacjentów, którzy trafiają do wojewódzkiego ośrodka koordynującego – to jest ta szara linia – udało się nam uniknąć spadku liczby pacjentów, który widzieliśmy podczas pierwszej fali… Tu widzimy pierwszą falę pandemii, a tu drugą falę pandemii. W innych szpitalach, szczególnie tych, w których są SOR-y, pojawiły się oddziały covidowe, ta liczba nowych pacjentów onkologicznych, którzy wchodzą do systemu, zdecydowanie spadła, natomiast w naszym szpitalu, wojewódzkim ośrodku koordynującym – nie. Musieliśmy wziąć na siebie ciężar tych pacjentów.

Zmiana terminowości rozliczanych diagnostyk. Widzą państwo, że generalnie poprawiliśmy terminowość rok 2020 versus rok 2019. Tu, przepraszam, powtórka. I jesz-

cze to, co dodatkowo wprowadziliśmy – innowacje w zakresie gromadzenia danych. Przyspieszyliśmy znacznie i poprawiliśmy sposób zbierania danych, również na konsyliach. To jest proces. Krajowa Sieć Onkologiczna to nie będzie rozwiązanie docelowe wymyślone w 2021 r. Mamy nadzieję, że jeżeli dobrze będzie przeprowadzana koncepcja Krajowej Sieci Onkologicznej, to będzie to proces ciągłej innowacji w zakresie opieki onkologicznej, poprawy tej opieki, stale monitorowany poprzez obserwację tych mierników.

I to, co jest istotne – przewidujemy od razu bliską i niezbędną współpracę z lekarzami rodzinnymi, szczególnie w zakresie namawiania pacjentów na badania profilaktyczne. Profilaktyka jest najlepszym pomysłem na rozwiązanie problemu dużej liczby pacjentów onkologicznych.

Współpracujemy stale z Unią Europejską. W ramach projektu iPAAC nasz szpital – Dolnośląskie Centrum Onkologii – przechodzi w tej chwili taką certyfikację. Certyfikat mamy jeszcze w tym roku, przesunięty o dwa miesiące z powodu pandemii, ale jesteśmy już do tego gotowi. Ponadto nasza informacja o tym, że w Polsce tworzy się kompleksowa opieka onkologiczna, jest też szeroko publikowana za granicą. To nie jest proces niezauważalny, ale muszę też powiedzieć, że mamy pewne zaległości, szczególnie w zakresie finansowania opieki onkologicznej, chociażby w porównaniu z Czechami. To jest też opisywane.

Chcę jeszcze jasno powiedzieć, że aktywność w zakresie prezentowania wyników pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej jest dosyć duża. Prezentowałem te wyniki, i nie tylko ja, w wielu miejscach. Tylko część z nich wymieniłem,.

No i kluczowe sukcesy, które – mam nadzieję – poparłem tymi danymi, które państwu pokazałem. Sukcesem jest: wdrożenie infolinii onkologicznej; skrócenie czasu oczekiwania, a przede wszystkim mierzenie czasu oczekiwania na pierwszą wizytę u onkologa; skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań; poprawa i doprecyzowanie pracy koordynatora; standaryzacja procesu; prowadzenie analizy kompletności diagnostyki, a przede wszystkim diagnostyki histopatologicznej. Poza tym zaczęliśmy wreszcie monitorować jakość w onkologii. Stworzyliśmy dzięki temu rejestry nowotworów. Nie musimy tworzyć nowych rejestrów. Mamy już rejestr pięciu nowotworów w czterech województwach, w których znajduje się 16 tys. pacjentów. Dla każdego z tych pacjentów mamy 300 pomiarów. To jest olbrzymia baza danych, która może być innowacyjnie oceniania.

Dziękuję pięknie za uwagę i chcę jeszcze jasno powiedzieć, że to nie jest osiągnięcie kilku osób, tylko całego sztabu wielu osób. To jest przykład tylko kilku z tych zespołów z naszego Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Olbrzymie wsparcie i zaangażowanie wszystkich województw działających w pilotażu, za co teraz publicznie chciałbym podziękować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To my dziękujemy panu profesorowi za bardzo szczegółową, ciekawą prezentację. Wracamy do pana ministra. Panie ministrze, proszę bardzo, oddaję głos. Większość spraw pewnie została już omówiona przez pana profesora, ale na pewno są jeszcze elementy, które pan minister chce dopowiedzieć. Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję. Panie przewodniczący, ja w takim razie krótko o tych planach, bo dużą część tego, co pan profesor Maciejczyk mówił, miałem przyjemność wysłuchać. Mam tylko pytanie, czy widać slajd z kółeczkiem krajowej sieci.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, widać. Wszystko pięknie widać. Proszę omawiać.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Świetnie. Pan profesor Maciejczyk omówił, ale to są już założenia, które są i wynikiem pilotażu, i tym, co chcemy wdrożyć w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Czyli przede wszystkim dbałość o pacjenta, a więc: jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne i zdefiniowane ścieżki; transparentne warunki włączenia szpitala do sieci i wyłączenia; kryteria jakościowe i te benchmarki, i te poziomy minimalne, o których już mówiłem,

jako wymóg do spełnienia; referencyjność, za którą będzie szła również pewna gradacja procedur, która będzie możliwa do realizacji na określonych poziomach referencyjnych. Chcemy na przykład odejść od tego, że program lekowy może być realizowany w jednostkach o niższych poziomach referencyjności.

Krajowa Sieć Onkologiczna – o czym też mówił pan profesor – to oczywiście rejestry medyczne i mierniki, stałe monitorowanie, ale też optymalizacja wydatków publicznych. Dzisiaj jako jedna z wielu przesłanek zmian w onkologii – to nie tylko Krajowa Sieć Onkologiczna, wdrożenie strategii, akredytacja patomorfologii, wdrożenie cancer unitów itd. – idzie również pewna efektywność finansowania. Jeżeli bowiem do tej pory mieliśmy sytuację – nie chcę powiedzieć powszechną, ale występującą dość często – powtarzania badań histopatologicznych, powtarzania badań radiologicznych, powtarzania innych procedur terapeutycznych, to mówimy nie tylko o utracie cennego czasu przez pacjentów, ale również o dublowaniu publicznych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

To, co jest najważniejsze. Wydaje mi się, że w części pilotażu, w części dyskusji publicznej skupiona została uwaga czy krytyka pilotażu na koordynacji, na tym, że niektóre ośrodki uzyskają pewne – nazwijmy to – możliwości władcze w stosunku do innych. Ja chcę powiedzieć jasno – absolutnie nie. Podstawą Krajowej Sieci Onkologicznej ma być przede wszystkim proste założenie, że pacjent, niezależnie do miejsca zamieszkania, otrzyma taki sam standard opieki. A wracając do tej krytyki i koordynacji, jak państwo widzicie albo za chwilę zobaczycie, takiego założenia dotyczącego możliwości pewnego sterowania ruchem pacjenta nie będzie miał żaden ośrodek, czy to na poziomie referencyjnym pierwszym, drugim, czy trzecim, czy ośrodek monitorujący, czy ośrodek krajowy.

Teraz krótko, jak planujemy i jak pewne doświadczenia z pilotażu przekładają się na te założenia ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, które już zostały przygotowane. Ja chcę zauważyć i zwrócić państwa uwagę na to, że założenia przedstawiliśmy do opinii Krajowej Rady do spraw Onkologii funkcjonującej przy ministrze zdrowia, skupiającej ekspertów, klinicystów, ale nie tylko, bo również przedstawicieli innych zawodów medycznych czy dziedzin medycznych, które mają istotny wpływ na całą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną w onkologii. Przedstawiliśmy je w końcówce roku, poddaliśmy takim prekonsultacjom, zebraliśmy uwagi i rzeczywiście w myśl tych założeń pracujemy dzisiaj nad ustawą.

Co chcemy w ramach ustawy uwzględnić? Po pierwsze, wskazać ośrodki o trzech poziomach referencyjnych, podobnie jak w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, aczkolwiek z pewnym odstępstwem, że na poziomie trzecim mówimy o ośrodkach wysokospecjalistycznych, natomiast zakładamy, że tych ośrodków może być więcej niż jeden w województwie. To nie będą ośrodki koordynujące, tylko po prostu ośrodki o najwyższym stopniu kompleksowości i możliwości realizacji procedur wysokospecjalistycznych. To jedno z najważniejszych założeń Krajowej Sieci Onkologicznej.

To, o czym mówiłem – wyznaczenie koordynatora leczenia onkologicznego dla każdych 40 nowych pacjentów. Bardzo ważna możliwość zapewnienia komunikacji i rzeczywiście odnalezienia się tego pacjenta w systemie, również pomiędzy poszczególnymi ośrodkami referencyjnym, jeżeli takie procedury będzie miał realizowane.

Możliwość telefonicznego i elektronicznego umawiania wizyt to ma być standard w Krajowej Sieci Onkologicznej. To będzie jedno z założeń funkcjonowania na określonym poziomie referencyjności.

I to, co chyba najważniejsze, czyli pomiar mierników jakości klinicznej opieki onkologicznej. Zakładamy, że co 24 miesiące weryfikujemy minimalne kryteria wejścia czy przynależności do danego poziomu referencyjnego, a co 12 miesięcy dokonujemy pomiaru mierników jakości klinicznej.

Bardzo cenne uwagi otrzymałem w Senacie, jeśli dobrze pamiętam, od pani senator Gorgoń-Komor. Myślę, że z nich skorzystam. Pani senator zgłaszała uwagę, że być może okres 12 miesięcy, szczególnie w tych nowotworach, w przypadku których częstość występowania jest mniejsza, będzie okresem za krótkim, żeby zebrać miarodajne dane. To znaczy nie zebrać, tylko wyciągać na ich podstawie wnioski i podejmować decyzje. My faktycznie będziemy chcieli monitorować te wskaźniki na bieżąco i być może odej-

dziemy od tego założenia podejmowania decyzji co 12 miesięcy na rzecz 24 miesięcy. Wtedy co dwa lata będziemy decydować, na jakim poziomie ośrodek spełnia te kryteria.

To chyba najważniejsze założenie całej ustawy i całej Krajowej Sieci Onkologicznej. Jeżeli ośrodek nie będzie spełniał mierników jakości na tym poziomie minimalnym, który określimy, to będzie musiał liczyć się z tym, że poprzez umocowanie czy to Krajowej Rady do spraw Onkologii, czy Ministerstwa Zdrowia zostanie zobligowany do przygotowania i realizacji pewnego programu naprawczego. A jeżeli ten program naprawczy na przykład w ciągu 12 miesięcy nie wpłynie na poprawę jakości tych wskaźników, to niestety ten ośrodek zostanie pozbawiony możliwości realizacji procedur w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Brutalne, ale myślę, że absolutnie oczekiwane i przez pacjentów onkologicznych, i przez ekspertów w zakresie onkologii. Myślę, że to jest oczekiwane rozwiązanie odnośnie do szerszej grupy dziedzin medycznych niż tylko onkologia, i jestem przekonany, że stopniowo będziemy do takiego standardu dążyć w kolejnych jednostkach chorobowych.

I ostatnie założenie, być może również ważne jakościowo, że nie wszystkie ośrodki w sieci będą mogły samodzielnie decydować o ścieżce terapeutycznej. Być może to kontrowersyjne dla niektórych – chętnie wysłucham uwag – ale zakładamy, że jeżeli ośrodki o najniższym poziomie referencyjnym dysponują jedną metodą leczenia, w tej jednej metodzie leczenia skupiają ekspertów, to uważamy, że aby decydować o tak skomplikowanym procesie, kiedy coraz bardziej istotne jest leczenie wielodyscyplinarne, kiedy metody nakładają się na siebie, kiedy jednoczasowo stosujemy różne metody terapeutyczne w onkologii, wsparcie ośrodka o najwyższej referencyjności dla tych ośrodków trzeciego poziomu jest krytycznie istotne z punktu widzenia jakości procedur onkologicznych i ustawienia tej ścieżki leczenia.

Szanowni państwo, jak chcemy, żeby wyglądała sieć, bo ona ma wyglądać trochę inaczej niż to, co jest w pilotażu. Podstawowe różnice polegają na tym, że faktycznie umożliwiamy, żeby tych ośrodków o najwyższym poziomie referencyjnym było więcej niż jeden w województwie. Jest to odejście od koncepcji wojewódzkich ośrodków koordynujących, zgodnie z którą tylko jeden miał być w województwie. Chcemy, żeby jeden z ośrodków o najwyższym poziomie referencyjnym był ośrodkiem monitorującym, z naciskiem na monitorujący, i zaraz pokażę jego zdania.

Chcemy też, żeby były pewne ośrodki wspierające, takie jak ośrodki satelitarne, ośrodki diagnostyki wstępnej. Te ośrodki, które być może nie spełniają wszystkich kryteriów referencyjnych, ale działając na podstawie porozumienia z ośrodkami o najwyższej referencyjności, zapewniają dostęp do pewnych świadczeń, nazwijmy to – pod kontrolą. No i rola Narodowego Funduszu Zdrowia – większa niż w pilotażu – który ma przejąć część zadań wojewódzkich ośrodków koordynujących, w szczególności z zakresu monitorowania i raportowania wyników i jakości.

Nie chcę skupiać się dzisiaj na wszystkich szczegółowych zadaniach na poszczególnych poziomach, ale bardzo szybko chciałbym pokazać zadania wojewódzkich ośrodków monitorujących. To przede wszystkim monitorowanie programów przesiewowych, współpraca z POZ-etem, wsparcie ośrodka krajowego czy krajowej rady w przygotowaniu zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i we współpracy z NFZ-etem analiza i monitorowanie tych danych populacyjnych dotyczących mierników jakości. Jest to zadanie właśnie Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli administrowanie i obsługa tego systemu informatycznego w ramach sieci onkologicznej i generowanie raportów czy do poziomów referencyjnych, czy do mierników jakości klinicznej opieki onkologicznej.

Rola Krajowego Ośrodka Monitorującego to przede wszystkim wsparcie krajowej rady, takie instytucjonalne, którego dzisiaj nieco brakuje z punktu widzenia merytorycznego. Mówimy tu o ośrodkach nie tylko w zakresie guzów litych, nie tylko onkologii dorosłych, ale też hematologii dorosłych i hematologii dziecięcej. Takie ośrodki chcemy wyróżnić, nałożyć na nie pewne zadania, takie jak państwo widzicie, czyli przede wszystkim ogólnopolskie wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne, strategiczna, taka wysokopoziomowa, ocena sieci, ale też krajowe monitorowanie przebiegów badań przesiewowych czy istotne wsparcie szkoleniowe w zakresie profilaktyki i diagnostyki przede wszystkim, ale również leczenia onkologicznego.

Jestem przekonany, że te założenia nie powinny budzić już takich wątpliwości jak przy pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Myślę, że pilotaż też pokazał, że nikt ręcznie nie steruje ścieżkami pacjenta i nie próbuje zawładnąć pacjentami na danym terenie, bo taka była obawa przy wdrażaniu pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, natomiast porządkuje tę sieć, daje nam całkiem inne możliwości określenia procedur i finansowych, i rozliczeniowych, i merytorycznych – może od tych powinienem był zacząć, najważniejszych – na poszczególnych poziomach. No i najważniejsze – pomiar jakości i wyciąganie z tego pomiaru wniosków co do dalszego funkcjonowania ośrodków Krajowej Sieci Onkologicznej. Szanowni państwo, myślę, że w ciągu kwartału spotkamy się na posiedzeniu Komisji Zdrowia już w celu omówienia projektu ustawy. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, szanowni państwo, za bardzo szczegółowe, wręcz akademickie dane, które dostaliśmy. Troszkę inne posiedzenie Komisji mamy tym razem, ale myślę, że to bardzo dobrze. Zatem kontynuując tę pierwszą część, tak jak zaczęliśmy, wydaje się, że warto oddać na początku głos też panu profesorowi Góździowi, dyrektorowi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, który zgłaszał się i prosił o zabranie głosu, a jest jednym z podmiotów – jak rozumiem – biorących udział w pilotażu. Bardzo więc proszę o krótką wypowiedź, panie profesorze.

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach Stanisław Góźdź:

Dzień dobry państwu. Chciałbym serdecznie podziękować, a szczególnie panu ministrowi Gadomskiemu za uzupełnienie tej informacji, uściślenie, bo dużo emocji budzi finansowanie naszego pilotażu. Jeden z kolegów profesorów martwi się właśnie, że to jest skok na kasę, a tu jasno powiedział pan minister, że do tej pory jest to tylko 29 mln we współczynnikach na cztery ośrodki. Tak więc ta informacja jest bardzo cenna, ponieważ jeśli chodzi o to hejtowanie, a nie ocenianie naszej Krajowej Sieci Onkologicznej, którą teraz w pilotażu wdrażamy, jednoznacznie daje odpór tym wszystkim dywagacjom.

Odnośnie do tego, co w tej chwili zostało przedstawione przez pana ministra i przez profesora Maciejczyka, mogli państwo zobaczyć, jaka to jest rzeczywista wiwisekcja, której ten system Krajowej Sieci Onkologicznej poddaje wszystkie podmioty. Niezależnie od tego, czy ktoś jest profesorem, czy lekarzem, wszystkie dane są na stole i widoczne dla całego społeczeństwa.

Proszę państwa, do tej pory w polskiej medycynie takiego zjawiska nie obserwowaliśmy. Przez 43 lata mojej pracy to jest pierwsze historyczne wydarzenie, które już ma miejsce. To, co przedstawił profesor Maciejczyk, najlepiej państwu pokazuje, że tu nic nie jest zamiatane pod dywan, a z własnej obserwacji z mojego ośrodka mogę powiedzieć, że to pokazało, ale też obnażyło wiele niedoskonałości, które trzeba było skorygować, ale to był właśnie sens pilotażu, żebyśmy sami wiedzieli, co należy poprawić, i mogli wyciągnąć wnioski.

W tej chwili uważam, że ta ciężka praca, która została wykonana pod kierunkiem pana ministra Gadomskiego i przy przeogromnym zaangażowaniu profesora Maciejczyka, który jest naszym mózgiem i koordynatorem merytorycznym między nami w krajowej sieci, to naprawdę jest to marzenie – właściwie marzenie profesora Koszarowskiego – które dzięki temu zostaje urealnione, a na pewno, co najważniejsze, zyskuje na tym pacjent. A to, że ta nasza Krajowa Sieć Onkologiczna budzi tyle emocji, to jest dowód na to, że ta nasza droga jest właściwa. Dlaczego właściwa? Dlatego, że porządkuje system. Staje się on bardzo jasny i bardzo przyjazny dla pacjenta. Jest koordynator, który prowadzi go w tej chwili za rękę, a do tej pory tego nie było.

Dlatego jeszcze raz serdecznie dziękuję panu ministrowi i dziękuję panu profesorowi Maciejczykowi za olbrzymie zaangażowanie, bo ta codzienna nasza praca i jego wsparcie dla całej naszej sieci są naprawdę bardzo wielkie. Za to serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Otwieram dyskusję. Zwyczajowo najpierw spytam, czy ktoś z parlamentarzystów chciałby zabrać głos. Proszę uprzejmie, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Muszę powiedzieć, że faktycznie jestem pod wielkim wrażeniem, w szczególności wystąpienia pana profesora Maciejczyka, ale również pana ministra Gadomskiego, ponieważ te materiały, które dostaliśmy pierwotnie z Ministerstwa Zdrowia, dotyczące realizacji pilotażu były dosyć skromne – jak można powiedzieć – i faktycznie budziły wiele pytań. Tych wiele pytań miałam przygotowanych, ale część z nich jakby się rozwiała po szczegółowym omówieniu zarówno pana profesora, jak i pana ministra.

Na pewno interesująca dla wszystkich realizatorów jest ta część finansowa, co zresztą pan profesor w ostatnich zdaniach poruszył, ponieważ niedofinansowanie jest wielkie. Może w tej chwili pan minister mógłby powiedzieć, jakie przewiduje się finansowanie podmiotów w tej sieci, bo wiadomo, że będziecie nakładali dodatkowo przy tych 40 koordynatorów.

Dziwię się, że pan profesor z Kielc, tak pięknie hołdując tu państwa osiągnięciom, mówi o koordynatorze jako rzeczy dziwnej. Przecież ten koordynator wszedł już dawno, tylko – co też pan profesor podkreślał – mało kto tak naprawdę to realizował. Jest więc obawa, żeby nie było tak, że będzie zapisane, a inaczej realizowane, bo zarówno infolinia, jak i koordynator już dawno powinny być wprowadzone w ośrodkach, a tym bardziej w tych ośrodkach, które nazywają się czy chcą się mienić ośrodkami wojewódzkimi czy koordynującymi.

Wracając do meritum sprawy, czyli do finansowania – w jaki sposób będą teraz finansowane wszystkie te ośrodki. Panie ministrze, jeśli na 40 pacjentów rozpoczynających leczenie jest jeden koordynator, to myślę, że w ośrodkach średniej wielkości tych koordynatorów będzie trzeba około 20 – mniej czy więcej, ale około 20. Trzeba im przede wszystkim zapewnić warunki lokalowe, miejsce pracy, oczywiście narzędzia pracy i ich opłacić, a to są naprawdę bardzo duże pieniądze. Czy to państwo wzięli pod uwagę?

Ja słyszałam ostatnio, że pan minister mówił, że procedury onkologiczne będą podwyższone o 3% albo o 6% w zależności od tego, jaki będzie poziom tego ośrodka. Jeżeli tak, to te 3% czy nawet 6% niestety zupełnie nie poprawi finansowania danego ośrodka. Te 3% może poprawić jedynie to, co planujecie państwo, jeżeli chodzi o płace w służbie zdrowia i ten wzrost, który nastąpi dla wszystkich pracowników – a ja mówię o tym, że trzeba będzie zatrudniać dodatkowych.

Na pewno interesujące jest to, że w pilotażu opracowali państwo też część informatyczną. Myślę, że to będzie rozdane wszystkim ośrodkom i te wszystkie ośrodki – to było tu powiedziane i sądzę że pan to potwierdzi – będą mogły sprawozdawać w jednym systemie i zostaną też może dodatkowo wyposażone w te nośniki, które będą potrzebne, bo faktycznie danych do sprawozdawania jest bardzo dużo. Tu nawet pan profesor powiedział, że dochodzi to do 300. Co prawda na razie jest ich 35 plus 95, ale prawdopodobnie może być ich zdecydowanie więcej.

Jeszcze jedno moje pytanie dotyczy też jakby finansowania. Jest to niezmiernie istotne. Tutaj dowiedzieliśmy się, jaka była realizacja tego pilotażu na Dolnym Śląsku, natomiast były brane pod uwagę cztery województwa i na razie nie zostały przedstawione efekty z tych czterech województw tak szczegółowo, jak przedstawiał pan profesor Maciejczyk.

Moje pytanie dotyczy jeszcze tych stopni. Będą trzy stopnie tych ośrodków. W ośrodkach pierwszego, podstawowego stopnia będzie możliwość udzielania świadczeń w jednego rodzaju procedurze. Czyli na przykład albo chirurgia, albo chemia, albo radio. Rodzi się więc pytanie. Jeżeli będą państwo pozwalali otworzyć tylko i wyłącznie chirurgię onkologiczną, to wtedy to, co zakłada Ministerstwo Zdrowia, że nie należy rozdrabniać pewnych usług i podkupywać lekarzy itd., co jest teraz ideą niby restrukturyzacji szpitali, może tu nie znaleźć odzwierciedlenia.

Ja rozumiem, że onkologia powinna być bliżej pacjenta, w ogóle usługi w miarę możliwości powinny być jak najbliżej pacjenta, przy zachowaniu wszystkich wskaźników jakościowych. Czy możliwość udostępnienia ośrodkowi wyłącznie wykonywania na przykład chirurgii onkologicznej jest więc właściwym podejściem? Takie pytanie bym miała, czy

utrzyma się ten zapis w odniesieniu do krajowej sieci. Na razie z tych pytań zasadniczych to by było tyle.

Tak jak mówiłam, gratuluję, że bardzo dużą robotę zrobił pan profesor Maciejczyk, ale czy to się przekłada na całość tego pilotażu, bo są to cztery… No i to, co jest bardzo istotne – o ile tak naprawdę zmniejszyła się nierówność dostępu do opieki onkologicznej na podstawie tego pilotażu, który już był? O ile wydłużył się czas przeżycia chorych, bo to też jest istotne, i czy koordynator będzie… Ja rozumiem, że na jednego koordynatora przypada 40 nowo przyjętych pacjentów, ale potem kończy się leczenie, kończy się karta DiLO i pacjent dalej zostaje pod opieką, bardzo często do pięciu lat, i to należy kontynuować. Czy wtedy koordynator też jest na iluś pacjentów, czy to już będzie należało do ośrodka, jak to przeprowadzi? To na razie tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Napieralski, proszę uprzejmie.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję, panie przewodniczący. Moja wiedza nie jest tak duża jak pani poseł, mojej poprzedniczki, ponieważ jednak jestem, po pierwsze, wiceprzewodniczącym zespołu do spraw onkologii, a po drugie, bardzo mocno rodzinnie doświadczony tą ciężką chorobą, dokładnie wiem, jaka to jest straszna choroba. Dzisiaj wszyscy jesteśmy zaangażowani oczywiście w walkę z koronawirusem, natomiast choroby onkologiczne nie zniknęły. One są cały czas i niestety będą. Róbmy więc wszystko, żeby z nimi walczyć.

Chciałbym – powtórzę to, co powiedziała moja koleżanka parlamentarzystka – podziękować panu profesorowi Maciejczykowi za takie zaangażowanie. On nie jest zawodowym politykiem, więc robi to tak naprawdę dodatkowo i tę pracę wykonuje dla nas, pacjentów i pacjentek. Za to więc bardzo serdecznie dziękuję, bo to ewidentnie bardzo wielka praca i wspaniały raport.

Moja propozycja czy prośba do pana profesora jest taka, żebyśmy tak samo jak jeszcze przed pandemią, po raz kolejny na spotkaniu naszego zespołu mogli tę pańską prezentację zobaczyć, przeanalizować, dopytać. Myślę też, że warto by było, żeby ona trafiła do wszystkich klubów parlamentarnych, żeby jednak walka z tą chorobą nie miała legitymacji partyjnej, ale była jak najdalej od sporów politycznych – bo choroba jest straszna i brutalna.

Chciałbym jeszcze, dziękując panu profesorowi, zapytać o swój region, województwo zachodniopomorskie, odnośnie do tych właśnie rozwiązań. Kiedy jest to możliwe, żeby te rozwiązania weszły w moim województwie? Wiem, że centrum onkologiczne w Szczecinie jest bardzo wysoko cenione. Gdyby pan profesor odpowiedział na to pytanie, byłbym bardzo zobowiązany. Dziękuję, panie przewodniczący, za możliwość zabrania głosu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie pośle, zgadzając się z pana postulatem, ja bym to nawet rozszerzył. Idealnie byłoby, gdyby w ogóle całość ochrony zdrowia udało się wyjąć ze sporów politycznych – byłoby naprawdę fantastycznie. Ale bardzo dziękuję za te dwa mądre głosy państwa posłów.

Kolejne zgłoszenia. Pan przewodniczący Piecha, bardzo proszę.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym podziękować panu ministrowi, panom profesorom i pewnie wszystkim, którzy zajmują się sprawą tego pilotażu i również koordynowania spraw związanych z onkologią w Polsce.

Panie pośle, to jest tak, że zawsze zdrowie będzie sprawą polityczną, czy to nam się podoba, czy nie. Ja nie mówię o leczeniu chorób nowotworowych, bo to jest sprawa fachowców. Natomiast sprawą polityczną będzie, bo zazwyczaj pieniądze w europejskiej strefie pochodzić będą ze składek publicznych. Czy to będzie składka lepsza, czy gorsza – zawsze będzie kontrolowana i zarządzana myślą polityczną.

Ja rozumiem, że fachowcy przygotowali ten pilotaż – i przygotowali go dobrze. To jest ich sprawa. Sprawą ministrów, sprawą rządu jest po prostu zaakceptowanie albo wysunięcie pewnych postulatów, które mają…

Ja jestem pod dużym wrażeniem tego pilotażu. Myślałem, że napotka on wiele różnych pytań i niepowodzeń. Oczywiście są niedociągnięcia i oczywiście one będą.

Trudno mi polemizować z tym, że onkologia ma być jak najbliżej pacjenta. Pewnie tak by się chciało, ale nie sądzę, żebyśmy mieli 30 mln lekarzy obok każdego pacjenta czy ileś milionów lekarzy, bo to jest niemożliwe.

Cieszę się odnośnie do tej opieki skoordynowanej, że wreszcie, podobnie jak było w kardiologii, gdzie też mieliśmy duży zapas – zwłaszcza w kardiologii inwazyjnej udało się wypracować pewne ścieżki – będzie to miało miejsce w onkologii, tylko że sprawa jest bardziej skomplikowana. Jednak liczba chorób onkologicznych jest znacznie większa niż tych incydentów, które trzeba leczyć w kardiologii, no i postępy technologiczne, które tu się zdarzają, a więc i w diagnostyce… Mówimy przecież dzisiaj o standardzie, o diagnostyce molekularnej. Nie mówimy już tylko o normalnych badaniach, z który ci, którzy studiowali dawno, albo nawet przeciętny pacjent, który potrafi poczytać, wyczyta, ile ma hemoglobiny, krwinek białych czy czerwonych… Tak specjalistyczne badania wymagają dzisiaj wybitnych fachowców. Rozumiem, że ta diagnostyka leży na sercu ministerstwu, bo tu było pokazywane, że ten standard diagnostyki histopatologicznej, diagnostyki immunologicznej i również diagnostyki molekularnej jest potrzebą chwili.

Również pan wspomniał o pewnych niedoborach, jeśli chodzi o sprzęt, głównie sprzęt obrazowy wysokiej klasy. Ja mam pytanie do pana ministra. Kiedy chcemy – pan jako rząd, my jako parlament – zobaczyć działanie nie tyle pilotażowego programu, jeżeli chodzi o onkologię, ile tej krajowej sieci szpitali onkologicznych? Rozumiem, że zawsze będą się pojawiać różnego rodzaju głosy, że tu nie powinno się zawierać, a tam mamy takie możliwości, ale te parametry, o których mówił zwłaszcza pan profesor, były bardzo ważne. Nie da się zrobić jednej operacji na rok i uważać, że jest się specjalistą. Niestety ta koordynacja musi być faktem. Tak to jest po prostu. Ja wiem, że każdy lekarz ma buławę i uważa, że wszystko potrafi zrobić, ale niestety tutaj praktyka czyni mistrza i w pewnych sprawach, tak dramatycznych jak choroby nowotworowe – nie ma czasu na próby. Musi być określony ośrodek, który ma wypracowany standard.

Zatem pytanie – kiedy? Jakie są plany? W jakim mniej więcej tempie powinniśmy mieć stworzoną polską koordynowaną sieć szpitali, polską siatkę onkologii – od diagnostyki, poprzez pierwszy, drugi i trzeci ośrodek referencyjny z odpowiednią propozycją diagnostyczno-terapeutyczną?

Druga sprawa to są pieniądze. Pieniądze będą zawsze… I to jest sprawa polityczna, panie pośle. Nie daje się tego zrobić w inny sposób. Zbiórki w internecie nie pozwolą na leczenie wszystkich. Mogą na jakieś szczególne przypadki, bardzo skomplikowane, a ten standard i tak będzie wyznaczany przez lekarzy, wybitnych specjalistów i oczywiście przez to, co w nauce i w praktyce światowej jest uznawane. Tylko taki kierunek obowiązuje.

Jak więc sądzicie, czy jeżeli już powstanie ta sieć onkologiczna w Polsce, będzie ona wymagała jakiegoś specjalnego traktowania finansowego? Musimy pamiętać, że z jednej strony mamy Narodowy Fundusz Zdrowia, którego jedną z głównych działek jest na pewno finansowanie świadczeń onkologicznych, ale jest wiele różnych problemów. Od pediatrii, poprzez położnictwo, do geriatrii – tych problemów jest bardzo dużo.

Czy możliwe są jakieś specjalne środki, zwłaszcza inwestycyjne, które dotyczą wyposażenia tej sieci w odpowiedni sprzęt, możliwości diagnostyczne itd.? Sądzę, że bardzo ważne byłoby, żeby to nie było domeną Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ NFZ w zasadzie nie inwestuje w szpitale. Tu aż się kłania możliwość bardzo mocnej pomocy państwa. Jakie są prognozy i plany – ja wiem, że jest i fundusz itd. – w zakresie wspomożenia sieci szpitali, jeśli chodzi o odpowiednie instrumenty finansowe, zwłaszcza inwestycyjne? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję również. Szanowni państwo, pozwolę sobie na taką dygresję, zanim następnym osobom oddam głos. My w ostatnim roku, pewnie z powodu pandemii, zajmowaliśmy się głównie ustawami. Tak układało się w tej kadencji Sejmu, ale – patrzę na panią poseł Gelert, która tu również długo zasiada – w przeszłości mieliśmy więcej czasu na takie

merytoryczne tematy z planu pracy. Proszę zauważyć, jak znakomicie się rozumiemy ponad podziałami politycznymi i prezentujemy bardzo podobne spojrzenie w Komisji Zdrowia, właściwie od lat, na wiele zagadnień.

Kolejna osoba, która zgłosiła się do pytania, to pan poseł Hardie-Douglas. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dzień dobry, witam wszystkich. Dziękuję za możliwość zabrania głosu. Ja z zainteresowaniem tego wysłuchałem. Jestem jedną z tych osób, które mają od początku wątpliwości odnośnie do pomysłu tego pilotażu. Może nie nazywam tego skokiem na kasę, ale widzę od początku, że zmierza to jednak do przesunięcia leczenia do centrów onkologicznych, czyli do pewnej grupy szpitali, a chciałbym przypomnieć państwu, również panu ministrowi Gadomskiemu, że 50% chorych onkologicznie jest leczonych wcale nie w centrach onkologicznych. Moim zdaniem to jest marzenie ściętej głowy, że te centra są w stanie przerobić – mówiąc kolokwialnie – taką liczbę pacjentów onkologicznych, jaka jest w tej chwili, a ona będzie się oczywiście powiększać.

Dlatego niepokoją mnie wszystkie sygnały na przykład o różnicowaniu opłacania procedur onkologicznych w zależności od tego, gdzie one są wykonane. Również bardzo mnie zaniepokoiła wypowiedź pani poseł Gelert, która jakby sugeruje, że zezwalanie ośrodkom na wykonywanie tylko jednego rodzaju leczenia jest czymś nagannym. Uważam, że absolutnie tak nie jest. Pacjent powinien po prostu wiedzieć, że wymaga leczenia adjuwantowego, że po leczeniu chirurgicznym – poza tymi przypadkami, gdzie jest radio czy chemioterapia przedoperacyjna, neoadjuwantowa, indukcyjna – wymaga leczenia dalszego. Taka jest idea konsylium, która ma do pewnego stopnia zaprogramować leczenie. Pacjent może być leczony operacyjnie w Koszalinie, a otrzymywać radioterapię albo chemioterapię w Szczecinie. Akurat Koszalin może nie jest dobrym przykładem, bo tutaj jest i radioterapia, i chemioterapia, jest taka możliwość otrzymywania.

Chcę przypomnieć państwu, że znaczna część pacjentów onkologicznych to są chorzy urgensowi. Takim typowym nowotworem jest rak jelita grubego. Próba uniemożliwienia mniejszym ośrodkom operowania na przykład raka jelita grubego spowoduje to, że lekarze w tych mniejszych ośrodkach, którzy – chciał nie chciał – będą z tymi pacjentami się spotykać, nie będą po prostu sobie z tym radzili, bo nie wszędzie są chirurdzy onkolodzy, nie wszędzie są lekarze, którzy mają nabitą rękę, i my musimy… Ja zgadzam się z tym, że przede wszystkim jeżeli chodzi o nowotwory rzadsze, powinny być pewne kryteria umożliwiające operowanie, na przykład raka trzustki, ponieważ są ośrodki małe, które za to się biorą, i mają pięciu pacjentów rocznie. Ja uważam, że to jest błąd, ale są nowotwory bardzo popularne, w przypadku których nie powinniśmy starać się kanalizować tego leczenia za wszelką cenę w dużych ośrodkach. Jeszcze raz przypomnę – nie sądzę, żeby coś się zmieniło, ale co najmniej 50% pacjentów onkologicznych jest leczonych poza tymi memory hospital, poza różnymi centrami onkologii itd., itd.

Niepokoi mnie też troszeczkę to, co pokazał pan profesor Maciejczyk. Bardzo ciekawa prezentacja, ale ta chęć uzyskania olbrzymiej liczby danych, które mają monitorować jakość i wyniki, wydaje mi się nie na dzisiejsze czasy, nie na tak małą liczbę lekarzy, jaka jest w tej chwili w Polsce. To jest przerażające – taka ilość pewnej mimo wszystko administracji, która pojawi się z wdrażaniem takiego badania.

To jest supermateriał dla ministerstwa. Myślę, ż mnóstwo ludzi zrobi na tym doktoraty, natomiast na co dzień to niezwykle utrudni pracę. Ludzie, którzy pracują w terenie, wiedzą, ile jest problemów, ile czasu im zajmuje wystawianie karty DiLO i zgłaszanie nowotworów do rejestru nowotworów.

Ja przy okazji, skoro jest pan minister, chcę powiedzieć taką rzecz drobną, ile czasu zajmuje w tej chwili jednemu lekarzowi, dzięki temu, że to jest e-usługa, wystawienie wniosku na zaopatrzenie, na przykład ortopedyczne. Mnie wystawienie wniosku na zaopatrzenie w protezę piersi zajmuje 15 minut – rozbudowany bez sensu program informatyczny, który miał ułatwić, a utrudnia. Jeżeli będziemy tyle czasu spędzać przy papierach, to naprawdę nie będziemy mieli czasu na leczenie, na przyjmowanie ludzi.

Mam nadzieję, że jeżeli ta sieć onkologiczna będzie wprowadzona w życie, to finansowanie ośrodków będzie porównywalne i rzeczywiście dużo więcej pieniędzy pójdzie na onkologię również w terenie. Bardzo państwa przestrzegam przed nadmiernym centralizowaniem leczenia. Ono na pewno kiedyś się pojawi, ale to wtedy, kiedy zasypiemy olbrzymią dziurę, jaka istnieje w Polsce, a jest związana z brakiem lekarzy, z brakiem specjalistów, między innymi z onkologii klinicznej i chirurgii onkologicznej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałem zabrać głos na koniec wypowiedzi posłów, ale chyba jednak teraz dwa zdania powiem, zanim oddam głos panu posłowi Sośnierzowi.

Szanowni państwo, pierwsza sprawa. Pewnie nie raz tutaj różnego rodzaju polemiczne dyskusje będziemy między sobą prowadzić i to jest jak najbardziej pożądane, myślę tylko, że powinniśmy zwrócić uwagę na kilka elementów. Jednak w Polsce w dalszym ciągu mamy ogromny problem ze śmiertelnością pacjentów onkologicznych. To oprócz przyczyn kardiologicznych – i zapowiem, że na pewno w najbliższym czasie kardiologią się zajmiemy – jest jeden z największych zabójców. Trzeba poszukiwać rozwiązania.

Ja osobiście dołączam się do tych podziękowań i dla pana profesora – panie profesorze, ogromnie dziękuję – i dla pana ministra. Czy to wszystko, co zostało przygotowane i jest obecnie testowane w pilotażu? Z pewnością nie, bo właśnie po to jest pilotaż, aby pewne rzeczy poznać. Natomiast ja jednak chociażby z braku kadr medycznych wyciągam dokładnie przeciwne wnioski. To znaczy ja uważam, że w tej sytuacji tym bardziej powinniśmy w sposób mądry dzielić się kompetencjami. Ośrodki wiodące są właśnie od tego, żeby te najtrudniejsze przypadki przyjmować, aby nadzorować, koordynować.

Kiedyś, szanowni państwo (gdyby tu byli jeszcze starsi lekarze, to mogliby do tego się odnieść) coś, co funkcjonowało jeszcze w starym systemie, a co wcale nie było takie złe – nie wiem, jak to było w onkologii, ale zwrócę uwagę na jeden drobny element – była pewna współpraca, koordynacja, wzajemne konsultowanie i wspieranie między tymi ośrodkami wiodącymi, akademickimi a szpitalami powiatowymi. Ja mam wrażenie, że przy kontraktowaniu, finansowaniu, NFZ-ecie – przedtem kasa chorych – przy tym wszystkim to jakoś zostało zgubione. Kiedyś był taki zwyczaj, że ta współpraca była czymś naturalnym. Była też oczywiście realizowana na różne inne sposoby, poprzez pewne wyjazdy i wzajemne wsparcie.

Nie wiem, czy te fakty z przeszłości są jakoś przy tym pilotażu oceniane i uwzględniane, ale w moim przekonaniu – tak, słyszę, pani poseł – oczywiście jest potrzeba, aby w tych ośrodkach wiodących doświadczenie, możliwości diagnostyczne… To wszystko skłania ku pewnej koncentracji, ale jednocześnie w mniejszych ośrodkach, w tak zwanym terenie wiele rzeczy można wykonywać – i będzie to wykonywane.

Ja zgadzam się z tą częścią wypowiedzi pana posła Hardie-Douglasa, który mówi, że pacjent może mieć dalej prowadzoną radioterapię w innym ośrodku, niekoniecznie musi dojeżdżać na przykład 100 km. Jednak, jak rozumiem, to nie będzie tak, że ktoś w jednym miejscu zoperuje, a ktoś w innym miejscu zaplanuje radioterapię i będzie to być może inne spojrzenie na ten sam przypadek kliniczny. Raczej rozumiem to tak, że od tego są te konsylia, od tego są koordynatorzy, aby pewne działania zaplanować, natomiast sama realizacja może być nie tylko w tym miejscu wiodącym – nawet nie być może, ale na pewno – tylko również w innych ośrodkach. Tak rozumiem tę ideę, która dzisiaj została tutaj tak pięknie i tak szeroko przedstawiona.

Ja oczywiście chciałbym, i tutaj zgłaszam takie postulaty, o których mówiłem też wcześniej, przy okazji planowania Krajowej Sieci Onkologicznej – jest taki moment i w moim przekonaniu ten moment właśnie teraz nadszedł – aby poszerzyć ten pilotaż o kolejne ośrodki. Mamy dwie możliwości. Albo po przeprowadzeniu pilotażu, później już skokowo, przejdziemy na realizację pewnych zadań w całej Polsce, albo zrobimy to płynnie poprzez rozszerzenie pilotażu. Chętnie poznam państwa opinię, czemu państwo hołdują, jakie rozwiązanie chcą państwo przyjąć. Ja osobiście namawiałbym – i bardziej by mi się podobało przynajmniej częściowe przechodzenie płynne, czyli dołączenie na tym etapie

kolejnych ośrodków, a następnie, już po dalszym sprawdzeniu, wprowadzenie pewnych rozwiązań dla całej Polski.

Wreszcie, muszę zwrócić uwagę na jeden element jako radiolog, osoba, która też zajmuje się – ośmielę się powiedzieć, również naukowo – pewnymi aspektami diagnostyki obrazowej. Mianowicie to, co jest związane ze szkodliwością promieniowania jonizującego i czasami nadmiernym wykorzystywaniem niektórych badań obrazowych – myślę przede wszystkim o tomografii komputerowej. Taka dygresja. Nie wiem, czy państwo zdają sobie sprawę z tego, że jedna tomografia komputerowa jamy brzusznej jest jak 270 zdjęć klatki piersiowej. To nie 10, nie 15, tylko kilkaset. No tak to wychodzi. Musimy więc mieć świadomość, że są nowe metody. Coraz szerzej wchodzi rezonans magnetyczny i trzeba pilnować pewnego algorytmu postępowania i kwalifikowania na badania. Są takie wytyczne. Jest brytyjskie „iRefer" – w Polsce mamy już ósme wydanie. Można, nawet internetowo, sprawdzić, jaki jest właściwy algorytm postępowania diagnostycznego w zależności od określonego rozpoznania, aby oszczędzić pacjentom tego naświetlania.

Są publikacje oparte na wielomilionowym materiale albo na wielu latach obserwacji. Przytoczę tylko dwie, amerykańskie. Dotyczyło to pediatrii. Amerykanie oszacowali, że wskutek niepotrzebnych badań TK indukuje się u dzieci – bo są skutki stochastyczne, które nie mają dawki progowej – 500 nowotworów rocznie, skoro mówimy o onkologii. I są badania brytyjskie od lat 80. do mniej więcej roku 2010 – obserwacje co najmniej dziesięcioletnie. Szacuje się, że jeden nowotwór indukuje się na 10 tys. badań. Jeżeli powiem, że badania idą w miliony, bo w Ameryce wykonuje się bodajże 85 mln badań rocznie, to pokazuje to skalę problemu.

I dopowiem wreszcie, że to wymaga też – w moim przekonaniu – pewnej rewizji spojrzeń i pewnych wytycznych również przy programach lekowych w ramach onkologii. Nie tak dawno moja koleżanka radiolog, która ma chorobę nowotworową… (Przepraszam, bardzo bym prosił sekretariat, bo to bardzo przeszkadza, kiedy państwo rozmawiają przez telefon, naprawdę można wyjść i porozmawiać na zewnątrz). Wyobraźcie sobie państwo, że od niej, eksperta od rezonansu, wymagano zrobienia tomografii komputerowej miednicy małej, żeby weszła w program lekowy. Ona wiedziała, że więcej informacji uzyska z rezonansu, natomiast musiała iść pewnym algorytmem. Dodam – to nie są polskie pomysły. To są międzynarodowe standardy. Warto więc korygować pewne rzeczy, bo jeśli mówimy o onkologii, to myślmy również o tym, żeby niepotrzebnie nie indukować kolejnych nowotworów.

Żeby było jasne, diagnostyka obrazowa, w tym również tomografia, którą zajmuję się od lat, jest bardzo ważnym narzędziem diagnostycznym, w niektórych sytuacjach dedykowanym i właściwym. Chodzi o to, żeby w zależności od rozpoznania klinicznego czy też podejrzenia dobierać właściwą metodę diagnostyczną. Niestety nie zawsze to się dzieje i niestety dotyczy to całego świata. Już na koniec powiem. Przyjmuje się na świecie, że około 20% badań jest nieuzasadnionych. Nawet aż tak duży procent. To tyle z mojej strony.

Bardzo proszę, pan poseł Sośnierz. Proszę uprzejmie, panie pośle.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Nie wiem, czy słychać mnie, czy widać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Słychać bardzo dobrze. Nie widać, ale wyobrażamy sobie, jak pan poseł wygląda. Tak więc wystarczy nam dźwięk. Dziękuję.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Nie wiem, dlaczego nie widać. Przed chwilą było widać, ale… Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja dołączam właściwie do zdania poprzedników. Dobrze, że wystąpienie pana profesora Maciejczyka uzupełniło ten raport ministerialny, bo – tak na przyszłość – ten raport ministerialny mówił właściwie, że pacjenci są przyjmowani, a pieniądze są wydawane, i nic więcej z tego nie wynikało. Jednak pan profesor Maciejczyk uzupełnił tę informację, też oczywiście nie o wszystko.

Za wcześnie w tej chwili na ocenę programu sieci onkologicznej. Dlaczego? Dlatego że przecież ostatecznym celem tego programu ma być odwrócenie złych trendów w wynikach leczenia onkologicznego w schorzeniach onkologicznych w Polsce. One niestety nie tylko się nie poprawiają, ale się pogarszają. Ten rezultat będzie można zmierzyć dopiero po pewnym czasie. Czas jest tu niezbędny. Dlatego w tej chwili jeszcze nie wiadomo, czy te efekty będą osiągnięte. To najważniejsze, reszta… Oczywiście cieszy, że satysfakcja pacjentów jest większa, ale ona nie zwiększa generalnie przeżywalności. Jest więc jeszcze za wcześnie.

Dobrze, że państwo jesteście skłonni modyfikować ten projekt, bo czytając pierwszy projekt sieci onkologicznej, byłem przerażony taką wielką, rozbudowaną administracją tego projektu i taką strukturą, ale widzę, że będą też wciągane jeszcze inne jednostki. Być może trzeba lokalizować te tak zwane WOK-i nie w stosunku do jednostek administracyjnych, ale liczby ludności, że na jeden ośrodek przypada iluś mieszkańców, a nie… Przecież województwa są bardzo różne. Ponad 4 mln mazowieckie, a opolskie niecały milion. Zatem liczbę tych ośrodków można by w ten sposób modyfikować. Dobrze, że państwo są skłonni zmieniać tę centralizację.

Natomiast odnośnie do mierników uważam, że zbyt wiele mierników… Jeśli państwo opracujecie 300 mierników, to gwarantuję, że żaden minister tego nie zdąży przeczytać i nie przeczyta. Lepiej więc kilkanaście, ale dających jakiś obraz. Inne mierniki nadają się bardziej do prac naukowych. Rzeczywiście czasem to tworzy unikatowy materiał, ale w skali państwowej tworzy to czasem barierę, która nie pozwala uzyskać pełnych informacji, bo potem jest to zaniedbywane, hamowane i budzi niezadowolenie. Niech więc będą te mierniki, które rzeczywiście ocenią skuteczność w tym głównym celu tego projektu. Póki co z tych danych jeszcze niewiele rezultatów jest pokazanych, bo – jak powiedziałem – czas tu gra istotną rolę.

Jak widać, ośrodki – nie WOK-i – mają lepsze rezultaty w dostępie do badań diagnostycznych i do pierwszych porad. Tam nawet o 50% są krótsze te terminy. Widać więc, że tu centralizacja lub takie skupienie wszystkich pacjentów w głównych ośrodkach nie jest do końca pożyteczne, chociaż inne mierniki może są lepsze.

Zauważyłem, że w województwie świętokrzyskim jest zerowy czas oczekiwania na pierwszą wizytę. To chwalebne, bo prawdopodobnie kiedy pacjent się zgłosi, to od razu ma. Rzeczywiście trudno jest ten rekord pobić.

Natomiast generalnie uważam, że powinniśmy jeszcze poczekać z oceną tego projektu, bo jeśli on nawet przyniesie dużo radości i satysfakcji pacjentom, to nie jest to miernik, który chcemy osiągnąć. My chcemy osiągnąć lepsze rezultaty leczenia i zmniejszenie trendu skracania się przeżycia pacjentów onkologicznych. Na to niestety będziemy musieli jeszcze troszkę poczekać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani poseł Marcelina Zawisza, proszę bardzo.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Mam nadzieję, że mnie słychać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Słychać. Bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Fantastycznie. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie profesorze, ja będę kontynuować to, co już zaczęłam dawno temu, to znaczy będę pytać o efekty. W przypadku Krajowej Sieci Onkologicznej bardzo chciałabym poznać efekty pilotażu, ale panie ministrze, konkretne, mierzalne efekty. Dziękuję więc panu profesorowi Maciejczykowi za bardzo ciekawą prezentację, naprawdę ogrom informacji, ale troszeczkę niewystarczających. To znaczy przede wszystkim chciałabym zapytać o mierzalne efekty w odniesieniu do głównego celu – jak poprawiły się przeżycia w pilotażu KSO? Dla mnie to jest ten wskaźnik, który powinien być omawiany jako pierwszy i najważniejszy. Tak naprawdę to od niego powinniśmy uzależniać, czy pilotaż jest sukcesem, czy nie.

Proszę o odpowiedź na pytanie, jakie mierzalne efekty w dostępie do opieki onkologicznej moglibyśmy jeszcze uzyskać. Mówił pan o tych 300 informacjach, które moglibyśmy uzyskać. Chciałabym dowiedzieć się troszeczkę więcej. Ponieważ pokazywał pan nam przykłady Dolnego Śląska, wydaje mi się, że warto by tu było poświęcić troszeczkę więcej czasu, żebyśmy mogli dowiedzieć się, jakie są jeszcze inne efekty, które mierzy Krajowa Sieć Onkologiczna, i czego konkretnie dotyczą te informacje, które ona zbiera.

Jak mierzono nierówności w dostępie do opieki onkologicznej i jak one się zmniejszyły w trakcie tego pilotażu? To jest konkretna rzecz, która również nie padała, a wydaje mi się ona niesamowicie istotna. O ile skróciły się kolejki w porównaniu z innymi województwami w czasie trwania pilotażu i jak to wygląda na tle danych z województw, które wzięły udział w pilotażu, sprzed jego rozpoczęcia?

Szczerze powiedziawszy, w przedstawionej nam informacji – jeżeli oczywiście to dobrze czytam – jako wskaźniki realizacji pilotażu wprowadzono 13 mierników, wśród których nie brakuje tych dotyczących zbierania danych. To oczywiście bardzo dobrze, naprawdę bardzo fantastycznie. Doceniam te informacje o skróceniu czasu dostępu do diagnostyki w województwie dolnośląskim, ale po pierwsze, brakuje nam informacji, jak to wygląda ogólnokrajowo. Po drugie, brakuje nam takich informacji, które pokazywałyby poprawione efekty leczenia, a przecież to tak naprawdę powinno nam przyświecać przy każdej reformie w każdym obszarze ochrony zdrowia.

Pilotaż od początku cierpi na dwie przypadłości – brak zmierzonego stanu wyjściowego i brak odniesienia do danych z innych, nieobjętych pilotażem województw. O to również bym prosiła, żebyśmy mogli takie dane uzyskać. Zakładam, że nie uzyskamy ich dzisiaj na posiedzeniu Komisji, ale wydaje mi się, że mogłabym prosić o przesłanie takich danych członkom i członkiniom Komisji Zdrowia na późniejszym etapie.

Organizacje pacjenckie ponadto zwracają uwagę na kompletny brak transparentności odnośnie do wyników pilotażu. Nikt na oczy nie widział tych danych cząstkowych czy wyników prac komitetu sterującego, a przecież niezależna społeczna ocena wyników tak ważnego pilotażu byłaby wręcz pożądana. Pojawiają się tylko prezentacje podobne do tej, którą dzisiaj omawialiśmy, ale tak naprawdę trzeba opublikować pełne sprawozdanie, żebyśmy my i strona społeczna mogli wypowiedzieć się, co zadziałało, a co nie, bo przecież o to chodzi w pilotażu. To znaczy musimy ocenić konkretne rozwiązania i nawet porażka w danym obszarze daje nam bezcenne dane o tym, co i jak należy poprawić. Nie ma tego w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Zakładam, że ministerstwo nie chce udawać, że nie ma tu żadnych potknięć. Wiem, że to jest ważne, żeby pokazać efekty pozytywne, ale warto też się skupić na tym, co nie wyszło albo gdzie i jakie wskaźniki zostały osiągnięte w zakładanych obszarach.

Jeszcze na koniec – jak wygląda efektywność potażu w drugiej fazie pandemii? Po moich interpelacjach i informacji z ministerstwa o potężnych problemach z profilaktyką chorób nowotworowych – na wiosnę padła diagnostyka raka piersi i raka szyjki macicy. Nie nadrobiliśmy tych braków, co każe przypuszczać, że do systemu będą zgłaszać się pacjentki w bardzo zaawansowanym stanie. Pilotaż sieci onkologicznej takie dane o stopniu zaawansowania zbierał. Chciałabym więc poznać odpowiedź na pytanie, czy ta górka pacjentek przebadanych w programach profilaktyki już znajduje odzwierciedlenie w tych danych.

Zatem – tak jak mówiłam na początku – to, co jest najważniejsze. Jakie mierzalne efekty w odniesieniu do głównego celu, czyli przeżyć, osiągnął pilotaż KSO? Jak mierzono nierówności w dostępie do opieki onkologicznej i jak one w trakcie tego pilotażu się zmieniły? To są te dwa pytania, na które chciałabym uzyskać odpowiedź na pewno dzisiaj, a na resztę, jeżeli nie będzie możliwe podanie tych informacji, prosiłabym o przesłanie odpowiedzi – nie tylko mi, ale też innym członkom Komisji – na piśmie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Szanowna pani poseł, ja muszę chociaż krótko coś skomentować i też powiedzieć. Myślę, że po pierwsze, zasypała pani pana ministra pytaniami. Dziękuję bardzo, że na koniec powiedziała pani, że na część z tych pytań czeka pani na odpowiedź później, na piśmie, bo pewnie trudno byłoby to zrobić tak od ręki.

Nie ukrywam też – ja wiem, szanowni państwo, że polityka jest większa i mniejsza – że przy ustawach te spory są, choćby sama polityka wywołuje pewne różnice w ocenie różnych projektów, natomiast w tych sprawach merytorycznych – chciałbym, żeby pani poseł zwróciła na to uwagę – my naprawdę zapominamy o polityce i rozmawiamy o problemie. Bardzo bym więc prosił i bardzo bym apelował o to, żeby to w przyszłości uwzględniać.

Natomiast jedną rzecz to już ja pani powiem, myślę, że w imieniu lekarzy z Komisji, również tych na sali. W onkologii – to jest może takie coś, co komuś spoza służby zdrowia się nie podoba – jest coś takiego jak pięcioletnie przeżycie i to w takiej perspektywie ocenia się skuteczność podejmowanych działań. Niestety. Ja wiem, że to może…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Ja wiem, panie przewodniczący, ponieważ dwukrotnie miałam nowotwór złośliwy. Leczyłam się przez ponad dwa lata…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No to, jeśli pani wie, to…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Nie trzeba być lekarzem, żeby mieć doświadczenie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, ale po prostu dziwię się, dlaczego w takim razie nie po pięciu latach pani oczekuje odpowiedzi na pytanie, która będzie po pięciu latach pilotażu. To w takim razie nie rozumiem, dlaczego pani pyta po dwóch latach o pięcioletnie przeżycia. Sorry, nie rozumiem. Za trzy lata będzie pani miała odpowiedź.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Nie. Pytam, czy już teraz są efekty. Czy ministerstwo jest w stanie przedstawić dane…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, jeszcze raz pani to tłumaczę. Po pięciu latach będziemy znać efekty, bo gdyby nawet dzisiaj 100% pacjentów żyło, to jeszcze to niczego nie oznacza w perspektywie pięcioletnich przeżyć. Naprawdę. Zostawmy to.

Pan poseł Sośnierz prosił o zabranie głosu jeszcze raz. Panie pośle, ale drugi raz – minuta, bardzo proszę.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Dziękuję. Króciutko. Chodzi o to – zapomniałem o tym powiedzieć. Proponuję, panie ministrze, aby oceny programu sieci onkologicznej dokonywał nie ten, kto ją wykonuje – czyli sam siebie oceniał – tylko żeby zlecić to być może jakiejś organizacji pacjenckiej, bo oni są najbardziej zainteresowani. Lepiej, żeby ciało zewnętrzne oceniło efekty, bo wiadomo, że oceniający sami siebie siłą rzeczy będą oceniać dobrze.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Napieralski, też minuta.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję bardzo za życzliwość, panie przewodniczący, i dopuszczenie do głosu. Ja mam pytanie do pana ministra, skoro jeszcze jest tutaj.

Otóż ja zgadzam się z panem posłem Herdie-Douglasem, który mówi o takim problemie dla lekarzy, że bardzo dużo czasu muszą poświęcać na całą procedurę opisywania wizyty lekarskiej. To dzieje się cały czas w każdej dziedzinie leczenia i to nie jest tylko problem Polski. Czytałem taki artykuł publicystyczny ze Szwecji „Na co umarł…", gdzie taka właśnie procedura doprowadziła do śmierci pacjenta w jednym ze szpitali w Sztokholmie.

Moje pytanie jest następujące, panie ministrze. Czy współpracujecie – już tego ministerstwa nie ma – z byłym ministrem cyfryzacji, a teraz sekretarzem stanu nad uproszczeniem tych wszystkich procedur i metod, żeby mając do dyspozycji bardzo nowoczesne technologie, możliwości – i na to bym akurat nie żałował pieniędzy, bez względu na to, jaki rząd będzie to realizował – dokonać tego, aby lekarz czy lekarka mogli jak

najszybciej wypełnić wszystkie procedury albo tak je uprościć, przygotować, żeby czasu poświęconego dla pacjenta lub pacjentki było jak najwięcej, a na tę całą procedurę jak najmniej. Bo – tak jak pan profesor Maciejczyk powiedział – po południu robi takie raporty, a do południa wypełnia różne papierki – teraz oczywiście w komputerze. Proszę o taką odpowiedź.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, mamy wiele zgłoszeń ze strony naszych gości. Bardzo proszę wszystkich państwa o krótkie wypowiedzi. Najpierw pani Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja ALIVIA, bardzo proszę.

Menadżerka ds. programów pomocowych Fundacji ALIVIA Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość wypowiedzi. Przede wszystkich chciałabym podkreślić, że nie mamy wątpliwości odnośnie do konieczności wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej w Polsce, natomiast z racji ograniczonego czasu chciałabym zadać dwa pytania.

Po pierwsze, pan profesor Maciejczyk i pan minister Gadomski przedstawiali informacje dotyczące wyników pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, ale niestety nie na podstawie wszelkich danych i końcowego raportu. Mówimy tutaj bardzo dużo właśnie o danych, o konieczności zarządzania na podstawie danych, natomiast prace nad ustawą trwają bez podparcia danymi raportu końcowego z pilotażu. Z tego wynika moje pytanie. Czy przed momentem, kiedy będziemy mogli zapoznać się z projektem ustawy, będziemy również mogli zapoznać się z całym raportem z pilotażu, a nie tylko z danymi częściowymi?

Drugie pytanie, na które chciałabym uzyskać odpowiedź, dotyczy realizacji celu, który był stawiany również w ramach pilotażu KSO, a więc centralizacji i decentralizacji pewnych procedur. Wysokospecjalistyczne procedury, na przykład chirurgia onkologiczna, miały być centralizowane w ośrodkach o wyższej referencyjności, a na przykład chemioterapia bliżej domu pacjenta. Chciałabym zapytać, czy są pełne dane na ten temat. Czy jesteśmy w stanie stwierdzić, czy właśnie ten cel został zrealizowany, na ile i które procedury uległy centralizacji, a które decentralizacji? Dziękuję bardzo.

A jeśli jeszcze mogłabym się odnieść do wypowiedzi pana profesora Maciejczyka dotyczącej mierzenia czasu oczekiwania na wyniki badań obrazowych, to chciałabym powiedzieć, że nasza fundacja w ramach projektu „Kolejkoskop” od jakiegoś czasu mierzy i publikuje te dane na swoim portalu. Tak więc mierzymy dostępność i czas oczekiwania na wynik badania obrazowego w ponad 600 placówkach w Polsce. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Proszę uprzejmie.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni państwo. Ja bardzo dziękuję za to, że znalazł się czas, żebym mogła jednak zabrać głos, i chciałabym tu nawiązać do kilku wypowiedzi. Postaram się bardzo krótko.

Pan profesor Góźdź powiedział, że dane leżą na stole. Nie ukrywam, że jest to fantastyczna wiadomość i bardzo proszę, żeby dane, na podstawie których zostały zrobione prezentacje, znalazły się również na stołach organizacji pacjentów. Bardzo nam na tym zależy. Krótko mówiąc, oczekujemy cały czas – i to bardzo często Ogólnopolska Federacja Onkologiczna podkreśla – na sprawozdanie z realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Dziękuję również panu posłowi Sośnierzowi, że poruszył to, co dla nas jako pacjentów również jest istotne, czyli sprawę oceny zewnętrznej pilotażu przez organizacje pacjentów czy też instytucje niezależne i niebędące w konflikcie z prowadzącymi pilotaż.

Chciałabym jeszcze odwołać się do tematu, który poruszył pan doktor Maciejczyk. Chodzi o ankiety. Pan doktor powiedział, że tych ankiet zostało wypełnionych bardzo dużo – chyba 2600. Jeżeli dobrze pamiętam, 2684. Natomiast jednocześnie liczba pacjentów, która została objęta pilotażem, to 15 tys. W związku z tym wydaje mi się

mocno zastanawiające, że uznano liczbę pacjentów, którzy wypełnili ankiety satysfakcji pacjenta, za wysoką. Ja uważam, że bardzo mała jest ta liczba i bardzo niewiele osób te ankiety wypełniło.

Jeszcze jedna rzecz. Chciałabym też nawiązać do wypowiedzi pani posłanki Zawiszy. Bardzo za tę wypowiedź dziękuję. Jeżeli chodzi o przeżycia, rzeczywiście mierzy się przeżycia pięcioletnie, ale chciałabym zauważyć, że w publikacjach Narodowego Instytutu Onkologii jest napisane, że mierzy się też przeżycia jednoroczne. W związku z tym widzę tutaj pewnego rodzaju niespójność między tym, co się mówi o tych przeżyciach pięcioletnich, a tym, że jednocześnie oficjalny dokument Narodowego Instytutu Onkologii wspomina o przeżyciach jednorocznych. Mnie się wydaje, że jednak warto by było wrócić do tego tematu i dokładniej przeanalizować.

Jeżeli mogę podsumować, to również to, o co apelowałam na posiedzeniu komisji senackiej – dostęp do danych, na podstawie których zostały zrobione wszystkie te prezentacje, których możliwość oglądania mamy. Po drugie, jeszcze raz apeluję o ocenę zewnętrzną pilotażu, żeby było rzeczywiście bardzo transparentnie. Oczekujemy, że ta sprawozdawczość zarówno w pilotażu, jak i Krajowej Sieci Onkologicznej będzie cały czas umieszczana na stronach Ministerstwa Zdrowia albo Narodowego Funduszu Zdrowia i stale dostępna.

Oczywiście jest jeszcze jedna kwestia – odpowiedzialność. Kto ponosi odpowiedzialność za realizację Krajowej Sieci Onkologicznej? Bo my nadal tego nie wiemy. To wszystko. Dziękuję państwu bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Muszę powiedzieć, że myślałem, że już nic mnie nie zaskoczy, ale jednak byłem w błędzie. Ja jednak muszę jedną rzecz skomentować, szanowna pani.

Jednak jakieś minimum zaufania do siebie musimy mieć, naprawdę, bo za chwilę pomyślimy, że – nie wiem – Najwyższa Izba Kontroli, prokuratura czy ktoś ma sprawdzać sprawozdania, na podstawie których robi się prezentacje. Ja zakładam, że dane, które są nam przedstawiane, opracowywane, odnoszą się do faktów i nikt tutaj niczego nie zafałszowuje. Bo gdyby przyjąć takie założenia, no to wszystko można zafałszować, również te dane pierwotne. To jest naprawdę droga donikąd, jeżeli nie mamy do siebie absolutnie minimum zaufania.

A dalej – ja sądzę, że niezależne ośrodki, które być może będą oceniać pilotaż, to niekoniecznie bardzo liczne skądinąd organizacje pacjenckie. Pewnie będą brać w tym wszystkim udział, bo państwa opinie są bardzo cenne, ale wydaje się, że z tego wszystkiego muszą być jakieś konkluzje, które będą popychały sprawę jak najszybciej do przodu. No ale cóż, taki mamy klimat, jak widzę.

Pani prezes Fundacji OnkoCafe, Anna Kupiecka. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej Anna Kupiecka:

Dzień dobry. Serdecznie dziękuję za możliwość zabrania głosu. W zasadzie pani Dorota Korycińska zadała to pytanie, które troszkę chciałabym poszerzyć. To jest pytanie z zakresu poprawy jakości komunikacji lekarz–pacjent, lekarz–koordynator czy pacjent–placówka. To jest pytanie dotyczące właśnie tej liczby ankiet… Tutaj Dorota podała wcześniejszą daną. Mamy już 16 265 pacjentów, a tych ankiet tak naprawdę – nie wiem ile. Jest więc pytanie, ile ankiet.

I nie zgodzę się z posłem Sośnierzem. Bardzo przepraszam, ale uważam, że takie ankiety to jest ogromny zbiór danych i informacji z przebiegu procesu leczenia. Uważam, że te dane, te informacje zebrane z ankiet – zresztą chyba tak twórcy zakładali, dlatego też je wdrożyli, nawet w trzech różnych formach – mogą nam wiele pokazać i mieć bezwzględny wpływ na przebieg leczenia. Tu jest adherence, czyli stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza , i te informacje z takich ankiet dobrze przygotowanych z całą pewnością można wyciągnąć. To może się przełożyć na stosowanie się pacjenta, przebieg ścieżki leczenia, a co za tym idzie – przeżycie. Dlatego też chcę zapytać, dlaczego i jak to się stało, że pewne placówki były w stanie zrealizować 100% tych ankiet, jeżeli dobrze zrozumiałam ze slajdu pana profesora Maciejczyka, a inne 15%, 31% czy też

0%. Co było tego przyczyną i jak można tę komunikację między pacjentem a placówką w procesie leczenia usprawnić?

Drugie moje pytanie dotyczy unitów narządowych. Czyli jakie miejsce w strukturze Krajowej Sieci Onkologicznej będą miały właśnie te unity, ośrodki kompleksowej opieki nad pacjentkami, czy to breast cancer units, czy state units – bardzo ważne. Czyli ośrodki wielospecjalistyczne, jednostki leczenia raka – chociażby tych pięciu wskazanych. Dlaczego i jak wojewódzki ośrodek koordynujący miałby decydować o ścieżce pacjenta w jednostce, która zbudowała unit i działa na podstawie już zaawansowanego standardu opieki? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani Aleksandra Rudnicka, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Proszę uprzejmie.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych informuje, że na naszym stole są dane dotyczące krajowej sieci. My wielokrotnie spotykaliśmy się z panem profesorem Maciejczykiem, który nam te dane na poszczególnych etapach przedstawiał. To były tematy naszych szkoleń i my wiedzę na ten temat posiadamy. Trzeba było zaprosić pana profesora wcześniej i poprosić o szkolenie.

Natomiast moje ogromne zaniepokojenie wzbudziła wypowiedź pana posła Douglasa, który uważa, że popularne nowotwory można operować w placówkach o mniejszej referencyjności. Jest tu z nami pan profesor Dawid Murawa, który wie, czym to skutkowało na przykład w województwie zielonogórskim, gdzie właśnie popularny nowotwór – rak piersi – był operowany w ten sposób, że była to tylko zwykła, prosta mastektomia. Nic więcej kobietom nie oferowano, żadnej oszczędzającej operacji. Nie idźmy więc tą drogą, bo to może się źle skończyć.

Stosujmy jednak tę zasadę centralizacji onkologii i chirurgii onkologicznej, a decentralizację radioterapii. To jest na pewno bardzo ważne. Ja też uważam – tu bym z panem poseł Sośnierzem popolemizowała – że jednak robimy to po to, żeby…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Najmocniej panią przepraszam. Wykreślmy słowo „polemika" i nazwiska. Proszę przedstawić swój punkt widzenia. Tak będzie lepiej i zręczniej. Bardzo bym o to prosił. Dobrze? Czyli proszę przedstawić swoje uwagi i swój punkt widzenia, unikając tego określenia „polemika". Bardzo proszę.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Uważam, że sieć powstaje po to i zmiany w onkologii dokonują się po to, żeby właśnie była jak najwyższa jakość satysfakcji pacjentów. Chcę powiedzieć, że ja uczestniczę w zespole pilotażowym i między innymi przedstawiałam wyniki tych ankiet. Po pierwsze, ta liczba ponad 2600 osób odnosi się nie do wszystkich pacjentów biorących udział w pilotażu, tylko do tych pacjentów, którzy brali udział w pilotażu w Dolnośląskim Centrum Onkologii, a tam tych pacjentów jest 750. Poza tym przeprowadza się ankietę u pacjentów, którzy zakończyli leczenie. Znaj więc proporcje, mocium panie. Tak to wygląda. To pierwsza bardzo ważna rzecz. Na pewno te ankiety trzeba kontynuować.

Chciałabym też zwrócić uwagę na to, że owszem, Krajowy Rejestr Nowotworów stosuje taki miernik czy podaje takie informacje dotyczące rocznych przeżyć, ale cała światowa onkologia uważa za taki wskaźnik przeżycia przeżycie pięcioletnie. Uważa się, że jeżeli pacjent przeżyje pięć lat, to jest ozdrowieńcem. Na pewno jest więc za wcześnie stosować ten miernik, jeśli chodzi o pilotaż, który trwa dwa lata.

Jest jeszcze jedna bardzo ważna rzecz, o której tutaj wszyscy mówią – finansowanie. To było nasze główne pytanie na wszystkich spotkaniach dotyczących Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Sieci Onkologicznej. Myślę, że to jest obowiązek, który spoczywa na naszych decydentach, żeby zadbali o to, żeby to finansowanie się znalazło.

Już kończę. Jeszcze jedna bardzo ważna rzecz. Oczywiście e-medycyna jest bardzo ważna, ale pamiętajmy o tym, że trzeba stworzyć tak zwane zawody pomocnicze, które będą odciążały lekarzy. Tutaj koronny i kluczowy jest koordynator. W Polsce nie ma żad-

nej szkoły, która kształci koordynatorów opieki onkologicznej. Zacznijmy to robić fachowo i profesjonalnie. A poza tym są potrzebni właśnie asystenci lekarza, czyli cały zespół pomocniczy, który zdejmie z lekarzy odium tej potrzebnej biurokracji…

Widzę, że niektórzy bardzo się boją tego mierzenia jakości, uważają, że na to jeszcze za wcześnie. Nie jest za wcześnie, bo my jesteśmy spóźnieni i trzeba rzeczywiście zacząć stosować wskaźniki i mierniki, żeby wiedzieć, jak leczymy. Dziękuję bardzo.

Dyrektor ŚCO Stanisław Góźdź:

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Sekundkę. Bardzo proszę, nie włączajcie państwo sami mikrofonów, bo zrobi się bałagan.

Teraz pan profesor Góźdź ponownie. Bardzo proszę. W tej sytuacji bardzo proszę o krótką wypowiedź.

Dyrektor ŚCO Stanisław Góźdź:

Chciałbym wyjaśnić, że te 29 mln, które do tej pory zostały przeznaczone na pilotaż, objęły nie 4 ośrodki, ale 35 ośrodków. To chciałbym sprostować.

Pani Korycińska postawiła tu bardzo ważną kwestię – uważam, że to należy gorąco poprzeć – żeby ci, którzy przedstawiają się i zabierają głos, przedstawiali też, panie przewodniczący, swój konflikt interesów. Zarówno tak jak ja, Góźdź, czy przedstawiciele organizacji, którzy zabierają głos w sprawach publicznych – tak jak pani powiedziała – powinni legitymować się konfliktem interesów, przedstawić to. Tak więc, gorąco proszę, żeby jednak to było egzekwowane, bo daje to wtedy przejrzystość naszych działań. A na pewno z tego, co będziemy oceniać, niczego nie zamiatamy pod stół, drogi Andrzeju, i jesteśmy otwarci. Ciebie też zapraszamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Ja tego nie zauważyłem, ale być może nie zwróciłem uwagi na ten fragment wypowiedzi pani prezes. Ja zwróciłem uwagę na coś innego, że – jak rozumiem – był to pewien zarzut czy podejrzenie, że być może dane, którymi dysponuje pan profesor Maciejczyk, nie są tymi prawdziwymi danymi, które przedstawiono w prezentacji. Ja jednak twierdzę, że państwo przedstawili prawdziwe dane.

Dyrektor ŚCO Stanisław Góźdź:

Tylko pani Korycińska była uprzejma podkreślić problem konfliktu interesów. To jest bardzo zasadne zdanie i należy to gorąco poprzeć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Zgadzam się, tylko doprecyzujmy, czyj konflikt interesów. Organizacji pacjenckich, pana profesora czy posłów?

Dyrektor ŚCO Stanisław Góźdź:

Ja uważam, tak jak pani wspomniała, że mój konflikt interesów, konflikt interesów organizacji – wszystkich. Wszyscy jesteśmy równi. Uważam, że tu pani ma rację.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan profesor Murawa, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej Dawid Murawa:

Witam państwa bardzo serdecznie. Szanowny panie przewodniczący, pani ministrze, szanowni państwo, ja z bardzo dużym zaciekawieniem słucham całej dyskusji. Nie chcę powtarzać pewnych elementów, o których państwo dyskutujecie. Reprezentując dziedzinę, która stanowi trzon leczenia onkologicznego – największa grupa pacjentów ma szansę na wyleczenie w przypadku szeroko pojętych działań chirurgicznych – cieszę się, że pan minister podał różnorakie elementy, które budziły wątpliwości. To rzeczywiście są kwestie dotyczące struktury hierarchicznej w obrębie tworzonej właśnie sieci, kwestie wykorzystania danych i możliwości Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem wydaje mi się, że to są te elementy na korzyść. Ja nie chcę tego powtarzać.

Jeżeli chodzi o mierniki tego pięcioletniego przeżycia, na którego temat państwo dyskutowali, chciałbym zwrócić uwagę… Zresztą w zeszłym tygodniu rozpocząłem projekt w klinice, który skupia dziesięć ośrodków w Polsce, jeśli chodzi o jakość leczenia w chirurgii układu chłonnego przy raku piersi, prowadzony paneuropejsko. Tam rzeczywiście możemy mówić również o innych wskaźnikach. Prosiłbym więc, żeby zwrócić uwagę na możliwość oceniania chociażby DFS-ów, czyli przeżyć wolnych od choroby, czy PFS -ów, czyli okresu wolnego od progresji choroby, bo to są elementy, które można mierzyć w krótszym okresie – i to nie jest żaden problem. Ale to tak ad vocem.

Natomiast zasadniczo ja chciałbym się odnieść do kwestii reprezentujących moją dziedzinę. Jak najbardziej cieszy fakt, że taka sieć onkologiczna, która ma porządkować pewne elementy, jest realizowana. Bo to rzeczywiście są te braki, które obserwujemy, one powodują, że pacjenci zgłaszają się albo w za wysokich stopniach zaawansowania, bo proces diagnostyczny trwa za długo, albo proces leczniczy nie zawsze jest realizowany w takim zakresie, jak powinien być. Jednak w związku z tym chciałbym podkreślić kilka podstawowych kwestii.

Mianowicie nigdzie, w żadnym systemie tych naszych rozmów, działań czy moich spotkań jako prezesa towarzystwa chirurgii onkologicznej, także w rozmowach z przedstawicielami zarządu towarzystwa chirurgów polskich, czyli braterskiej organizacji chirurgicznej, która również skupia rzeszę osób zajmujących się leczeniem nowotworów w sensie chirurgicznym… Brakuje rozwiązań. Podsunąłbym więc państwu pomysł rozpatrzenia tej kwestii, a mianowicie tak zwanych nowotworów wtórnych. W chirurgii jest to – zresztą nie tylko w chirurgii, bo także mocno w leczeniu systemowym, chemioterapii – olbrzymi problem pacjentów w tak zwanym długim leczeniu onkologicznym, czyli w tak zwanej chorobie przerzutowej. Czy to będzie przerzut do wątroby, czy przerzuty do płuca – są to bardzo częste problemy. To jest potężna grupa pacjentów, którzy są leczeni w ośrodkach onkologicznych w każdym kraju, gdzie pierwotnie przechodzili leczenie z powodu danego nowotworu.

Ja nie mam tygodnia w klinice, drodzy państwo, żebym nie operował co najmniej kilku pacjentów z wtórną chorobą nowotworową. Zwracam więc uwagę na to, że tworząc sieć onkologiczną, która ma sprawnie działać, trzeba w sprawny sposób załatwić problem leczenia tej szczególnie trudnej grupy pacjentów. Zwracam też uwagę na to, że nie mamy żadnych dobrych rozwiązań, jeżeli chodzi o finansowanie tej grupy chorych, dlatego że procedury są tak wysoce niedofinansowane, że my tylko cały czas słyszymy o długach. A zatem to jest element, który należy załatwić.

Kolejna rzecz – tutaj dzisiaj tyle czasu nie ma, ale według mnie jest bardzo ważna sprawa – to są kadry. Ja mogę się wypowiedzieć, jeżeli chodzi o moją dziedzinę. Sytuacja wygląda bardzo źle. Brakuje nowych osób chcących rozpoczynać specjalizację z dziedzin chirurgicznych, w tym chirurgii onkologicznej. W związku z tym uważam, że tutaj też powinniśmy z Ministerstwem Zdrowia i z Ministerstwem Edukacji i Nauki, a my jako towarzystwo służymy pomocą… Zresztą przygotowujemy się do projektu działań, które miałyby zachęcać lekarzy do rozpoczynania tych specjalizacji zabiegowych, bo rzeczywiście sytuacja w Polsce jest bardzo zła. Jeżeli weźmiemy pod uwagę średnie wieku chirurgów w różnych dziedzinach, nie tylko chirurgii onkologicznej, to sytuacja wygląda bardzo źle. Zwróciłbym więc uwagę na to, żeby to też uwzględnić, dlatego że brak kadr – ja już nie mówię o tych koordynatorach – spowoduje potężne problemy, bo my zrobimy piękną sieć onkologiczną, która może nie działać ostatecznie tak, jak byśmy chcieli.

Jeszcze ostatnia rzecz, żeby nie przedłużać. Informacja, żeby pan minister i państwo zwrócili na to uwagę. Oczywiście mamy centra onkologiczne działające we wszystkich województwach. To bardzo dobrze. Zwracam uwagę na potrzebę aktywizowania… Zresztą sam reprezentuję różne miejsca pracy, czy jako konsultant… Uważam, że tej sieci to bardzo się przysłuży, jeżeli wykorzystamy ośrodki tak zwane akademickie znacznie szerzej, niż do tej pory to było realizowane, czyli wszelkie katedry onkologii czy instytuty onkologii skupiane w uczelniach medycznych, w porozumieniu chociażby z rektorami tych uczelni. Są to bowiem jednostki, w których szczególnie brakuje dofinansowania, jeżeli chodzi o sprzęt, rozpoczynając od diagnostyki, a kończąc na metodach leczniczych.

A zatem pewne dodatkowe finanse w momencie tworzenia sieci na aktywizację ośrodków akademickich wydają się być niezbędne.

Jako towarzystwo służymy pomocą i bardzo chętnie na obrady zarządu towarzystwa zaproszę po raz kolejny pana profesora Maciejczyka z informacjami dodatkowymi dla nas, chirurgów. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, pomału musimy zmierzać do końca. Pan minister musi jeszcze odpowiedzieć. Jeszcze jest jeden głos z zewnątrz.

Ja chcę tylko dopowiedzieć á propos tego, o czym przed chwilą pan profesor mówił, że kwestia uruchomienia pewnych procedur w przypadku chociażby przerzutów nie dotyczy tylko chirurgii, ale i procedur radiologicznych. Metodami radiologii naczyniowej, radiologii inwazyjnej można również wykonywać zabiegi, które są skutecznie przy różnego rodzaju zmianach, o których pan profesor przed chwilą mówił. To też jest coś, co powinno być oczywiście uwzględnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie ukrywam, że na ten temat rozmowy się toczyły, bo to jest coś, co powinno być jak najbardziej uwzględnione.

Dopowiem jeszcze. Szanowni państwo, to nie jest ważne, czy będziemy mówić o takich czy innych przeżyciach. Panie profesorze – krótki czas obserwacji. My w tej chwili jesteśmy krótko w tym pilotażu. Jeżeliby to był dziesięcioletni okres oceny efektów pilotażu, to moglibyśmy wyciągać wnioski, natomiast my moglibyśmy wziąć pacjentów do oceny tylko z paru miesięcy, bo już tych sprzed pół roku nie moglibyśmy brać pod uwagę, mamy bowiem bardzo krótki okres funkcjonowania tego pilotażu. To w tym wszystkim – moim zdaniem – jest najważniejsze.

Na koniec pan doktor Marcin Migaczewski, przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej. Później pan minister. Proszę bardzo.

Przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej Marcin Migaczewski:

Panie przewodniczący, panie ministrze, dziękuję za głos. Ja bardzo krótko, w uzupełnieniu…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, bo tu mi mówią o kolejnych zgłoszeniach. Ja już zamknąłem listę. Pan doktor jest ostatni. Bardzo wszystkich państwa przepraszam – trzeba było wcześniej się decydować – bo pan minister nie zdąży odpowiedzieć na pytania. My chcielibyśmy usłyszeć tę odpowiedź, a również posłuchać pana profesora Maciejczyka. Proszę bardzo.

Przedstawiciel NRL Marcin Migaczewski:

Ja króciutko jako głos Naczelnej Rady Lekarskiej. Jednoznacznie popieramy ideę wdrożenia sieci onkologicznej. Czekamy na wyjście z pilotażu, a tak naprawdę rozszerzenie o kolejne województwa. Jednoznacznie uważamy, że nie uciekniemy od centralizacji pewnych działań onkologicznych, w tym zwłaszcza chirurgii onkologicznej. Myślę więc, że wszelkie pomysły, aby niewielkie ośrodki mogły nadal przez kolejne lata realizować na wysokim poziomie usługi onkologiczne, nie są dobre. Natomiast nadal głównym problemem pozostają skromne zasoby kadrowe. Jeżeli wobec nich nie jesteśmy w stanie wiele zrobić, bo kształcenie lekarzy, wszyscy wiemy, ile trwa, to należy zrobić wszystko, żeby obecne zasoby maksymalnie wykorzystać.

Pomysł aktywizacji ośrodków akademickich jest doskonały. Tu padło, że centra onkologii realizują około 50% w skali kraju… Nam się wydaje, że to nawet nie jest 50% sumarycznie. Są województwa, gdzie centra onkologii realizują znacznie mniej procentowo usług onkologicznych. Zatem jak najbardziej ta aktywizacja ośrodków onkologicznych akademickich byłaby bardzo celowa.

Ostatnia uwaga na koniec. Warto zwrócić uwagę na to, że niektóre ośrodki akademickie i inne onkologiczne szpitale specjalistyczne dzisiaj często są objęte programem covidowym, co bardzo ogranicza możliwość ich działania w zakresie ich podstawowych funkcji. Dziękuję bardzo za głos.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję i oddaję głos panu ministrowi Gadomskiemu. Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dziękuję wszystkim, którzy zabierali głos. Naprawdę uskrzydlony jestem tą dyskusją, bo czuję, że rzeczywiście była bardzo konstruktywna, były bardzo trafne pytania. Sam jeszcze muszę się zastanowić, jak odpowiedzieć na część pytań, czy jak wdrożyć pewne działania przed przejściem do wdrożenia ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Dziękuję również za pewne pochwały. To chyba rzadko się zdarza, że posłowie opozycji chwalą nasze działania. Cieszy mnie to, bo te działania z zakresu onkologii są absolutnie niezależne od barw politycznych. Tu dziękuję pani poseł Gelert… Wprawdzie pan poseł Napieralski wyraził pochwałę głównie w stosunku do pana profesora Maciejczyka, mówiąc, że nie jest zawodowym politykiem, ale ja też, panie pośle, nie jestem zawodowym politykiem. Jestem ekspertem finansistą z doświadczeniem onkologicznym, więc część tej pochwały przypisuję również sobie. A teraz do meritum i do odpowiedzi na te pytania, które były.

Bardzo słuszne pytania pani poseł Gelert i bardzo trafne. Myślę, że będę w stanie odpowiedzieć na nie w ramach najbliższych posiedzeń Komisji Zdrowia, na których będziemy mieli ustawę, bo tam te szczegóły się pojawią – szczegóły dotyczące finansowania w sieci, związane z taryfikacją. To, co mogę dzisiaj powiedzieć – na pewno przewidujemy dwa strumienie finansowania.

Sieć onkologiczna nałoży pewne obowiązki, nazwijmy to, administracyjne, organizacyjne przede wszystkim na te ośrodki monitorujące. Zakładam, że te zadania będą finansowane ryczałtowo. Nie tak jak teraz, poprzez wskaźnik korygujący, tylko ryczałtowo, jako dodatkowa pula środków na te działania administracyjne. Natomiast odnośnie do finansowania tych zdań na każdym poziomie organizacyjnym, tych dodatkowych, to oczywiście przewidujemy pewną retaryfikację procedur onkologicznych.

Pani poseł mówiła o podniesieniu o 3–6%. To jest finansowanie covidowe. To jest taka dodatkowa tarcza dla onkologii zwiększająca wycenę procedur, ale chcę zwrócić uwagę na to, że dosłownie na dniach, ze skutkiem od 1 kwietnia, zwiększyliśmy istotnie finansowanie w onkologii. Mówiąc na dużych kwotach, 200 mln zł w zakresie procedur onkologicznych, z dużym wzrostem w szczególności w zakresie chirurgii onkologicznej – ale to 200 mln dotyczy guzów litych – a jednoczasowo istotne zwiększenie w hematologii, jeśli dobrze pamiętam również 200 mln zł. Zatem ten obszar taryfikacji, który zaczęliśmy już jakiś czas temu, zakończyliśmy. Natomiast rzeczywiście wycenimy nowe zadania i one również w zakresie nowej taryfikacji będą uwzględnione raczej jako podniesienie wyceny procedur niż jako wskaźniki korygujące na poszczególnych poziomach sieci.

Dużo dyskusji, którą zresztą pani poseł zainicjowała, a później wiele osób kontynuowało, dotyczyło centralizacji. Ja chcę jasno powiedzieć, że absolutnie kryterium wejścia na poszczególne poziomy referencyjne będzie określony próg ilościowy i jakościowy. Jakościowy to po ocenie jakości, czyli później, docelowo. Natomiast minimalne progi ilościowe oczywiście postawimy. Myślę, że na początku, od 1 stycznia następnego roku – mam nadzieję, że od wtedy, kiedy wejdzie ustawa, pewnie na poziomach jeszcze stosunkowo niskich, po to też, żeby ta dostępność do świadczeń była zapewniona, ale od razu dając sygnał do tego, że należy te poziomy podnosić. W pilotażu te poziomy wejścia do pilotażu też były dość niskie, a i tak – nie wiem, czy widzieli państwo slajd, który pan profesor Maciejczyk pokazywał – jest około 1/3 ośrodków w tych województwach, które weszły do pilotażu, w stosunku do tych wszystkich, które realizują świadczenia z zakresu DiLO. Już to pokazuje ten stopień rozdrobnienia.

Konkludując odpowiedź na wszystkie pytania związane z centralizacją – absolutnie w zakresie chirurgii, ale nie tylko, bo w zakresie onkologii klinicznej czy radioterapii też postawimy pewne minimalne poziomy, aczkolwiek tam nie jest to pewnie aż tak zauważalne. Dzisiaj większość ośrodków raczej realizuje te procedury w znacznie większym zakresie.

Odnosząc się do kilku pytań, kiedy wejdzie, my już dzisiaj decydujemy się na to, żeby przedłożyć i procedować ustawę, żeby Krajowa Sieć Onkologiczna weszła w życie i te zasady zaczęły obowiązywać od 1 stycznia 2022 r. Tego czasu nie ma dużo, więc być może w ustawie zaplanujemy pewne mechanizmy przejściowe, na przykład związane

właśnie z możliwością przejściowego utrzymania się w ramach finansowania publicznego pomimo niespełnienia pewnych kryteriów referencyjnych. To jeszcze przed nami i de facto decyzje w tym zakresie również przed nami.

Pan poseł Napieralski – już na dwa pytania odpowiedziałem – dopytywał jeszcze o uproszczenie procedur i metod w zakresie cyfryzacji. Ja myślę, że jako resort zdrowia mamy na tym polu dosyć dużo sukcesów – i w zakresie e-recepty, i e-skierowań, i e-zwolnień. Na ten rok planujemy wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Mam nadzieję, że to również w istotny sposób usprawni funkcjonowanie szpitali i podmiotów, ale – rozszerzając to na onkologię – mamy pewne doświadczenia z pilotażu w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych właśnie w takich nie systemach, tylko nakładkach na systemy informatyczne podmiotów, które funkcjonują dzisiaj w sieci. Myślę, że z tych doświadczeń skorzystamy i takie narzędzie gromadzące dane czy w łatwy sposób je agregujące z systemów szpitalnych, przynajmniej z tych najczęściej wykorzystywanych przez świadczeniodawców, będziemy w stanie ośrodkom Krajowej Sieci Onkologicznej przedstawić.

Pan poseł Piecha pytał również o to, kiedy KSO wejdzie w życie, i odnosząc się do pytania pana przewodniczącego Latosa – nie chcemy już rozszerzać pilotażu. Chcemy już od 1 stycznia wdrożyć założenia w całej Polsce.

Szanowni państwo, chciałbym jeszcze udostępnić, ale mam jakiś problem, zaraz spróbuję. Bardzo krótko, odpowiadając na pytania, chciałbym oprzeć się na prezentacji… Czy widać prezentację?

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Widać. Jeżeli dałoby się powiększyć, byłoby dobrze.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Nie jestem w stanie. To już niestety jest maksimum tego, co jestem w stanie… Zaraz zobaczę. O, tyle jestem w stanie więcej.

Pan poseł Piecha, ale zresztą kilka osób, ekspertów również pytało o inwestycje. Te inwestycje w onkologię planujemy – śmiało powiem – ogromne. Już wdrożenie „Narodowej strategii onkologicznej" zwiększyło nam ten budżet na inwestycje dwukrotnie. Już w tym roku planujemy 250 mln zł na inwestycje w różnych obszarach, przede wszystkich diagnostycznym – to głównie wymiana mammografów – i terapeutycznym. Kontynuujemy proces wymiany akceleratorów, ale nie tylko, bo to są również działania w obszarze leczenia nowotworów płuca czy aparatów do brachyterapii.

Te środki w ramach NSO będą w kolejnych latach na tym poziomie ćwierć miliarda złotych kontynuowane. Narodowa strategia określa jakby porządek i kolejność pewnych inwestycji. Tam są wymienione również te dziedziny, o których dzisiaj mówiliśmy, w szczególności na przykład endoskopy wysokiej rozdzielczości w kontekście diagnostyki, mammografy cyfrowe, których proces wymiany chcielibyśmy już zakończyć w następnym roku i posiadać w systemie publicznym tylko mammografy cyfrowe. Radiologia interwencyjna to również obszar wskazany w „Narodowej strategii onkologicznej" do dofinansowania. Patomorfologia wraz z wdrożeniem akredytacji – na to też chcielibyśmy przeznaczyć istotne środki.

Jednak „Narodowa strategia onkologiczna" to nie wszystko. Mamy utworzony Fundusz Medyczny, subfundusz infrastruktury strategicznej – istotna, duża część środków trafi do onkologii, bo takie jest założenie i ustawy, i tego funduszu, nad którym pracujemy – ale też możliwe nowe środki inwestycyjne unijne.

Pierwszy mechanizm, który finalizujemy. Negocjacje z Komisją Europejską REACT -EU – 3 mld na wsparcie w ochronie zdrowia. Bardzo dużo, bo 30% alokacji całego programu, trafi do obszaru zdrowia. Tutaj w obszarze onkologii planujemy przede wszystkim zakupy dużej infrastruktury. Mówię o PET-ach, rezonansach magnetycznych, akceleratorach, a nie doszedłem jeszcze do „Krajowego planu odbudowy" i przyszłej perspektywy unijnej, w ramach których również planujemy istotne wsparcie obszaru onkologii. Onkologia jest tam wymieniona enumeratywnie jako obszar do wsparcia.

Pan poseł Hardie-Douglas słusznie pytał o pewne różnicowanie procedur w zależności od poziomu referencyjnego. Ja też chciałbym zauważyć, że to różnicowanie będziemy

chcieli realizować przede wszystkim na poziomie cancer unitów, czyli tych jednostek wyspecjalizowanych, tych wisienek na torcie, tych jednostek kompleksowych o najwyższej referencyjności. Tu przede wszystkim te działania będziemy chcieli promować pewnymi wskaźnikami korygującymi. Zresztą na dniach pojawi się nowa wycena breast cancer unitów i zwiększenie finansowania w tym zakresie – to odsłaniając rąbka tajemnicy.

Pan poseł Hardie-Douglas pytał o tę ogromną liczbę danych. Tutaj rzeczywiście musimy trochę zrównoważyć pewnie dwie kwestie. Z jednej strony ta ogromna liczba danych i mierników wynika z tego, że te oceny jakości mają determinować pewne decyzje. Żeby te decyzje determinowały i nie były wątpliwe, tych mierników musi być na tyle dużo, żeby rzeczywiście zobiektywizować tę opinię. Nie opierać się na jednym czy dwóch wskaźnikach, bo wydaje się, że byłby to za wąski zakres, żeby podjąć na przykład tak trudną decyzję jak wyeliminowanie takiego podmiotu, który nie spełnia jednego, dwóch wskaźników, z finansowania publicznego. Zatem ta liczba danych temu ma służyć, ale – co mówiłem – chcemy wdrożyć narzędzia, które zapewnią, że będzie to efektywnie osiągane.

Pan poseł Sośnierz zapoczątkował tę dyskusję o efektach pilotażu. Wydaje się po tych wypowiedziach i pana przewodniczącego, i kilku ekspertów, którzy zabierali głos, że jest tak, jak państwo mówicie. Podstawą mierzenia w onkologii są pięcioletnie przeżycia. Od początku pilotażu nie ukrywaliśmy tego. Mówiliśmy – nie będziemy w stanie tego porównać. Pilotaż nie jest do tego, żeby pokazać tutaj efekt. Pilotaż jest do tego, żeby był pewnym poligonem doświadczalnym dla tych wszystkich mechanizmów, które chcieliśmy wdrożyć i wdrożyliśmy. Tak więc, nie możemy oczekiwać…

Pani poseł Zawisza pytała, do czego się zbenchmarkujemy. Ja mówiłem o tym kilkukrotnie, i na etapie tworzenia pilotażu, i ostatnio, i w Senacie. No niestety w Polsce system zastany przez nas, kiedy rozpoczynaliśmy tę szeroką reformę onkologii w roku 2018, był taki, że nie mierzyliśmy jakości. Nie posiadaliśmy rejestrów klinicznych, nie posiadaliśmy mierników jakości. Niestety nie mamy benchamrku. My to zapoczątkowaliśmy. Myślę, że na szczęście wreszcie zapoczątkowaliśmy, natomiast niestety nie porównamy się z czymś, czego wcześniej nikt nie gromadził, nikt nie zbierał, nikt nie raportował. Jest to po prostu niemożliwe i transparentnie od początku o tym mówiliśmy – nie będziemy w stanie z tym się porównać.

Pani poseł mówiła też – to porównajmy się z innymi województwami w Polsce. Pani poseł, to byłoby możliwe wtedy, gdybyśmy te same zasady raportowania, czyli de facto cały pilotaż, wdrożyli w całej Polsce, a wdrażając go w całej Polsce, znowu nie mielibyśmy się z czym porównać. Niestety nie zobaczymy tego na takich wskaźnikach, czego może oczekiwalibyśmy, ale ja zadam pytanie inaczej. Zadam to pytanie otwarte wszystkim, którzy zgłaszali do tego pewne wątpliwości. Które z założeń Krajowej Sieci Onkologicznej, które z założeń pilotażu, które z tych założeń, które dzisiaj krótko przedstawiłem, budzi państwa wątpliwości? Bo w mojej ocenie – rozmawiałem w ogromnej liczbie różnych środowisk, eksperckich, klinicystów, diagnostów, pacjentów – te złożenia nie budzą wątpliwości. Dzisiejsze posiedzenie Komisji chyba to pokazuje, że one faktycznie być może odnośnie do pewnego poziomu operacjonalizacji budzą zastrzeżenia, ale nie odnośnie do poziomu merytorycznego tych założeń – koordynacji, kryteriów referencyjności, mierników jakości, ewaluacji, uwzględnienia komunikacji z pacjentem itd. To jest poligon doświadczalny. Pilotaż miał pokazać, czy to jest realne do wdrożenia.

Jeszcze kilka kwestii, które pacjenci poruszali, a których być może w tej mojej wypowiedzi nie poruszyłem. Pytania o raport. Szanowni państwo, po pierwsze, raport końcowy z pilotażu, o którym mowa w rozporządzeniu ministra zdrowia – i to też nie jest nic nowego – miał powstać po pilotażu, czyli po 31 grudnia 2021 r. Nie oczekujmy, że ten raport powstanie dzisiaj, skoro pilotaż trwa. Aczkolwiek ponieważ chcemy wdrożyć Krajową Sieć Onkologiczną, będziemy chcieli przedłożyć ustawę, to w oczywisty sposób uzasadnienie do tej ustawy będzie zawierało nie raport końcowy, ale quasi-raport końcowy czy wskazanie tych najważniejszych elementów pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, które z punktu widzenia wdrożenia tej ustawy będą istotne.

No i wracając jeszcze do pytania pana posła Sośnierza, ale powtórzonego przez organizacje pacjenckie, o niezależną ocenę, to szanowni państwo, słuchając tego, co do mnie

mówicie, słuchając pewnych głosów krytyki, przypomnę, że powołałem czy nawet minister zdrowia powołał komitet sterujący pilotażu. Ciało, które właśnie w sposób niezależny miało móc dopytywać nas – ministerstwo, Narodowy Fundusz Zdrowia, ośrodki, które są w pilotażu – o pewne jego efekty. Taki komitet sterujący został powołany.

W skład komitetu wchodzi bardzo szerokie grono osób. Wchodzą przedstawiciele – tak jak już mówiłem – Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, czterech ośrodków koordynujących. Ten trzon komitetu uznaję za ten, który ma raczej odpowiadać na pytania, ale jest tam grono osób, które te pytania może zadawać. Mówię o przedstawicielach Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych i innych organizacji pacjenckich, Rady Dialogu Społecznego, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych – ośrodków akademickich, o których też była dzisiaj mowa – Narodowego Instytutu Onkologii, który nie uczestniczy bezpośrednio w pilotażu, ale wiadomo, że tę rolę w systemie onkologicznym będzie pełnił.

Szanowni państwo, mamy tę niezależną ocenę. Temu służyło powołanie komitetu. Ja też wierzę i myślę, że na spotkaniu przy okazji procedowania ustawy przedstawiciele tego komitetu też będą mogli nam powiedzieć o tych efektach pilotażu, a być może jego niektórych wadach, o tym, co się nie udało. Co więcej – bo padło też pytanie, kto będzie później oceniał Krajową Sieć Onkologiczną – później będzie ją oceniała przede wszystkim Krajowa Rada do spraw Onkologii na podstawie tych danych, które będzie otrzymywała z ośrodków monitorujących na poziomie wojewódzkim i krajowym, ale faktycznie tej oceny nie będzie dokonywał żaden z ośrodków, który będzie w Krajowej Sieci Onkologicznej.

I jeszcze, żeby wrócić na chwilę do unitów. Przedstawicielka OnkoCafe, pani prezes Kupiecka, mówiła tutaj o tym, dlaczego ośrodek koordynujący ma decydować o ścieżce terapeutycznej cancer unitów. Ja powiem więcej. Nie tylko nie będzie decydował o ścieżce terapeutycznej cancer unitów, bo cancer unity to ośrodki kompleksowe i najwyżej referencyjne. Ośrodek o najwyższym poziomie referencyjnym w sieci będzie jedynie decydował czy brał udział w podejmowaniu decyzji odnośnie do ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w tych ośrodkach o najniższym poziomie referencyjności. Czyli w tych, które realizują jedną metodę leczenia i najmniej tych procedur onkologicznych. Wydaje się, że to może być rozwiązanie przez część osób odbierane dyskusyjnie, ale jednak absolutnie pożądane przy tak skomplikowanej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej.

Bardzo dziękuję za wsparcie Naczelnej Rady Lekarskiej. Myślę, że rzeczywiście te rozwiązania, które zaprezentowałem, i te, które zaprezentuję przy ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej, idą właśnie w tym kierunku, o którym również z Naczelną Radą Lekarską kiedyś przy okazji pilotażu rozmawialiśmy, czyli pewnej centralizacji, pewnego zwiększenia jakości i skupieniu tych najtrudniejszych procedur w tych ośrodkach o największej referencyjności.

Ze swojej strony deklaruję, że absolutnie nie chcemy marginalizować ośrodków akademickich. One mają znaleźć swoją rolę i swoje zadania w Krajowej Sieci Onkologicznej, w zależności od tego, czym dzisiaj dysponują – na takim poziomie. Aczkolwiek chcę też zauważyć, że ośrodki akademickie mają dedykowane pewne zadania w „Narodowej strategii onkologicznej".

Odwołuję się do tego dokumentu i zachęcam wszystkich do lektury, bo tam cały obszar, jeden z pięciu filarów „Narodowej strategii onkologicznej", odnosi się właśnie do obszaru kształcenia – kształcenia lekarzy onkologów i innych zawodów medycznych w tym obszarze. Są tam bardzo istotne zadania postawione przed ośrodkami akademickimi. Jedno z nich, realizowane w tym roku i myślę, że wspierane przez Naczelną Radę Lekarską, to budowanie dobrej promocji zawodu lekarza onkologa czy w ogóle zawodów związanych z onkologią właśnie wśród studentów, w tym świecie akademickim. Czyli od tego obszaru podstawowego edukacji w ramach zawodów medycznych pokazanie pewnych korzyści, benefitów, ciekawości zawodu onkologa. To jedno z zadań „Narodowej strategii onkologicznej", a tych zadań związanych z kształceniem w tym obszarze jest znacznie więcej. Myślę, że katalog działań związanych również z możliwym wsparciem finansowym, na przykład w ramach krajowego programu odbudowy, gdzie jeden z sze-

ściu filarów poświęciliśmy wyłącznie budowaniu potencjału ośrodków akademickich, potencjału dydaktycznego, naukowego i klinicznego poprzez rozbudowę tej bazy dydaktycznej w szpitalach klinicznych, obejmuje te działania, które również będą widoczne z punktu widzenia onkologii.

Bardzo się cieszę na tę dyskusję, którą mam nadzieję w niedługim czasie odbędziemy, dotyczącą ustawy. Moim marzeniem jest to, żeby ta ustawa uzyskała jednomyślność i Komisji Zdrowia, i 460 głosów pozytywnych w Sejmie oraz 100 w Senacie. Deklaruję państwu, że będę nad tym bardzo mocno pracował, żeby taki wynik osiągnąć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan profesor Maciejczyk chciałby jeszcze parę zdań powiedzieć, czy pan minister już wszystko wyjaśnił? Proszę bardzo.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Ja chciałbym tylko podziękować za możliwość przeprowadzenia tak dużej dyskusji. Dla pacjentów onkologicznych i całego środowiska onkologów jest to bardzo ważne i na pewno trzeba wspólnie pracować nad tym, żeby poprawić tę efektywność onkologii. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. W takim razie to wszystko.

Zamykam posiedzenie Komisji.